



BURKINA FASO

(PAYS DU GROUPE 1 DU PROGRAMME MONDIAL POUR LE RENFORCEMENT DE LA SECURITE DES PRODUITS DE SANTE REPRODUCTIVE)
(GPRHCS)

RAPPORT 2012

PROVISOIRE_20 déc. 2012

DISPONIBILITE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS MODERNES ET DES PRODUITS VITAUX DE SANTE MATERNELLE DANS LES POINTS DE PRESTATION DE SERVICES AU BURKINA FASO

Version 20 Déc.2012



Institut de Recherche en Sciences de la Santé
(IRSS)
Ouagadougou,
Tel : 00226 50333594/50363215
Burkina Faso

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES III

LISTE DES ENCADRÉS ET SCHÉMAS IV

AVANT-PROPOS (DSME) V

REMERCIEMENTS VI

SIGLES ET ABRÉVIATIONS VII

RÉSUMÉ VIII

1E PARTIE : INTRODUCTION 1

1.1 Contexte .... 2~~1~~
1.1.1 Données géographiques sur le Burkina Faso 2
1.1.2 Organisation administrative 2
1.1.3 Données démographiques 3
1.1.4 Organisation et gestion du système de santé du Burkina Faso 3
1.1.4.1 Structures administratives 3
1.1.4.2 Organisation de l'offre de soins 4
1.1.4.3 Le secteur pharmaceutique 4
1.2 Objectifs de l'étude 5
1.2.1 Objectif général 5
1.2.2 Objectifs spécifiques 6
1.3 Organisation et gestion de l'enquete 6
1.4 Méthodologie et limites 7
1.4.1 Conception de l'enquête et échantillonnage des établissements 7
1.4.2 Collecte des données 10
1.4.3 Analyse et présentation des données 11
1.4.4 Limites de l'enquête 11
1.5 Présentation du rapport 12

2E PARTIE : DIRECTIVES, LOIS ET PROTOCOLES NATIONAUX .... 14~~13~~

2.1 Resume des directives, lois et protocoles relatifs a la fourniture de methodes de contraception moderne .... 14~~13~~
2.2 Resume des directives, lois et protocoles relatifs a la fourniture de medicaments pour la sante maternelle/reproductive .... 15~~14~~

3E PARTIE : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE .... 19~~18~~

3.1 Informations d'ordre general concernant les etablissements .... 19~~18~~
3.1.1 Répartition géographique des établissements .... 19~~18~~
3.1.2 Gestion des établissements .... 21~~20~~

3.1.3 DISTANCE SÉPARANT LES PPS DE LEUR CENTRES D'APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS 212120
3.2 METHODES DE CONTRACEPTION MODERNES OFFERTES PAR LES ETABLISSEMENTS 222221
3.2.1 CONTRACEPTIFS OFFERTS PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT 222221
3.2.2 ÉTABLISSEMENTS PROPOSANT AU MOINS TROIS MÉTHODES DE CONTRACEPTION MODERNES.............. 252524
3.2.3 RAISONS DE L'ABSENCE DE CERTAINES MÉTHODES DE CONTRACEPTION MODERNES DANS LES PPS 282827
3.2.4 COMPARAISON DES POURCENTAGES DE PPS OFFRANT AU MOINS 3 MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES ENTRE L'ANNÉE 2011 ET L'ANNÉE 2012 SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT ET LA RÉGION ADMINISTRATIVE........ 313130
3.3 DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS VITAUX DE SANTE MATERNELLE ET REPRODUCTIVE 323231
3.3.1 MÉDICAMENTS VITAUX DE SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE DISPONIBLES PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT 333332
3.3.2 DISPONIBILITÉ DES SEPT (7) MÉDICAMENTS VITAUX DE SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE 363635
3.3.3 RAISONS DE L'ABSENCE DE CERTAINS MÉDICAMENTS VITAUX POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET REPRODUCTIVE 404039
3.4 NON-RUPTURE DE STOCK DES METHODES DE CONTRACEPTION MODERNES 414140
3.4.1 RÉPARTITION DES PPS SELON LE TYPE DE PRODUITS CONTRACEPTIFS EN STOCKS AU MOMENT DE L'ENQUÊTE 414140
3.4.2 DISPONIBILITÉ DE TOUTE LA GAMME DE PRODUITS CONTRACEPTIFS MODERNES AU MOMENT DE L'ENQUÊTE 434342
3.4.3 AUCUNE RUPTURE DE STOCK DE PRODUITS CONTRACEPTIFS MODERNES OFFERTS AU COURS DES SIX (6) DERNIERS MOIS 484746
3.5 NON-RUPTURE DE STOCK DE MEDICAMENTS VITAUX DE SANTE MATERNELLE AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS PRECEDANT L'ENQUETE 545453
3.6 RAISONS DE L'ABSENCE DE RUPTURE DE STOCKS... 585857

4E PARTIE : CONCLUSION 595958

4.1 RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS 595958
4.2 RECOMMANDATIONS.. 636362

BIBLIOGRAPHIE 656564

ANNEXES.. 676766

ANNEXE 1: RÉPARTITITION GÉOGRAPHIQUE (EN POURCENTAGE) DES PPS OFFRANT AU MOINS TROIS MOYENS DE CONTRACEPTION MODERNES, PAR DIVISION ADMINISTRATIVE (RÉGION) 676766
ANNEXE 2: DISTRIBUTION (EN POURCENTAGE) DES POINTS DE PRESTATION DE SERVICES SELON LE TYPE DE PRODUIT CONTRACEPTIF N'AYANT PAS ÉTÉ EN RUPTURE DE STOCKS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS. 686867
ANNEXE 3: DISTRIBUTION DES PPS DANS LESQUELLES LES DEUX PRINCIPAUX MÉDICAMENTS DE SANTÉ MATERNELLE (SULFATE DE MAGNÉSIUM ET OCYTOCINE) ÉTAIENT EN STOCK AU MOMENT DE L'ENQUÊTE 707069
ANNEXE 4: DISTRIBUTION DES PPS DANS LESQUELLES TOUS LES DEUX PRINCIPAUX MÉDICAMENTS DE SANTÉ MATERNELLE (SULFATE DE MAGNÉSIUM ET OCYTOCINE) ONT TOUJOURS ÉTÉ EN STOCKS AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS PRÉCÉDENT L'ENQUÊTE 727271
ANNEXE 5 : PRINCIPALES RAISONS DES RUPTURES DE STOCKS DES MÉDICAMENTS VITAUX DE SANTÉ MATERNELLES AU COURS DES 6 DERNIERS MOINS PRÉCÉDENTS L'ENQUÊTE... 747473
ANNEXE 6: LISTE DU PERSONNEL ENQUÊTEURS DE L'ENQUÊTE 2012 757574

Liste des tableaux et graphiques

Tableau 1: Répartition des formations sanitaires par catégorie (niveau de soins) *8*
Tableau 2 : Tailles d'échantillon minimales *9*
Tableau 3: Répartition des tailles d'échantillon minimales par catégorie de PPS et par région *10*
Tableau 4: Résume, l'offre de méthodes contraceptives modernes par niveau de soins selon la LNME de 2012 .... *151514*
Tableau 5: Résume l'offre des médicaments vitaux de santé maternelle/reproductive par niveau de soins selon la LNME-2012 au Burkina Faso *171716*
Tableau 6: Répartition des PPS selon leur mode de gestion *212120*
Tableau 7: Répartition des PPS selon les distances les séparant de leur sources d'approvisionnement en produits contraceptions et en médicaments de santé maternelle *212120*
Tableau 8: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant des méthodes de contraception modernes *242423*
Tableau 9: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, par type d'établissement *252524*
Tableau 10: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, par division administrative (région) *252524*
Tableau 11: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, par milieu urbain/rural de résidence *272726*
Tableau 12: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois moyens de contraception modernes, par gestionnaire de l'établissement *282827*
Tableau 13: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, selon la distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche *282827*
Tableau 14: Raisons de l'absence de certaines méthodes de contraception moderne dans les PPS *303029*
Tableau 15: Comparaison de l'offre d'au moins trois (3) méthodes modernes de contraception entre l'année 2011 et l'année 2012 .... *313130*
Tableau 16: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services disposant de médicaments pour la santé maternelle/reproductive au moment de l'enquête *343433*
Tableau 17: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par type d'établissement *363635*
Tableau 18: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par division administrative (région) *373736*
Tableau 19: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par milieu urbain/rural de résidence *393938*
Tableau 20: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par gestionnaire de l'établissement *393938*
Tableau 21: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche *404039*
Tableau 22: Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux de santé maternelle dans les PPS *404039*
Tableau 23: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services selon le type de produit contraceptif en stock au moment de l'enquête. *424241*
Tableau 24: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par type d'établissement *434342*

Tableau 25: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par division administrative (région) 434342
Tableau 26: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par milieu urbain/rural de résidence 464645
Tableau 27: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par type de gestion de l'établissement.......... 464645
Tableau 28: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche 474746
Tableau 29: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des méthodes de contraception modernes au cours des six derniers mois, par type d'établissement.. 484847
Tableau 30: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des moyens de contraception modernes au cours des six derniers mois, par division administrative (région)... 494948
Tableau 31: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des méthodes de contraception modernes au cours des six derniers mois, par milieu urbain/rural de résidence 525251
Tableau 32: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des méthodes de contraception modernes au cours des six derniers mois, par gestionnaire de l'établissement.. 535352
Tableau 33: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des méthodes de contraception modernes au cours des six derniers mois, par distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche.. 535352
Tableau 34: Distribution des PPS n'ayant pas connu de rupture de stocks durant les 6 derniers mois par type de médicament de santé maternelle 555554
Tableau 35: Résultats des principaux indicateurs renseignés par l'enquête 2012 616160

Liste des encadrés et schémas

Figure 1: Découpage administratif du Burkina Faso (régions administratives) 2
Figure 2: Répartition géographiques des Points de Prestations de Services enquêtés 202019
Figure 3: Répartition géographique des régions administratives selon le pourcentage de PPS dans lesquels au moins 7 médicaments vitaux de santé maternelle (dont le sulfate de Magnésium et l'ocytocine) étaient disponibles au moment de l'enquête 383837
Figure 4: Répartition géographique des pourcentages de PPS dans lesquels toutes les méthodes de contraception modernes offertes aux clients étaient en stocks au moment de l'enquête. 454544
Figure 5: Cartographie comparant les situations de non-rupture de stocks de produits contraceptifs durant les 6 derniers dans les régions entre l'enquête de 2011 et celle de 2012 515150

Commodity Security Branch, Division technique, UNFPA

Programme mondial de sécurisation des produits de santé reproductive

Avant-propos (DSME)

Commodity Security Branch, Division technique, UNFPA

Programme mondial de sécurisation des produits de santé reproductive

Ce travail a été réalisé par

Dr Henri Gautier OUEDRAOGO, Pharmacien, IRSS[1], Burkina Faso
Mr Simon TIENDREBEOGO, Biostatisticien, IRSS, Burkina Faso
Dr Fabrice BATIONO, Pharmacien, IRSS, Burkina Faso
Madame Gisèle NONGANA/YAMEOGO, Spécialiste en Système d'Information Géographique, IRSS, Burkina Faso
Pr. Seni KOUANDA ; Médecin de santé publique, IRSS, Burkina Faso

-

Il a été financé par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et a bénéficié de l'accompagnement technique de :

- *Dr Djénéba SANON (DSME) et de Dr Norbert COULBALY et Dr Olga Sankara (UNFPA)*

Remerciements

L'équipe tient à remercier pour leurs soutien et collaboration

- *Le rprésentant de l'UNFPA-Burkina Faso et l'ensemble de son personnel*
- *Le personnel de la Direction de la Santé de la mère et de l'Enfant (DSME)*
- *Les membres du Comité Pilotage du Plan Starégique de Sécurisation des Produits SR ;*
- *Les Directeurs Régionaux de la santé (DRS), les Médecins Chef de District (MCD), les Pharamciens des régions et des disctricts sanitaires ;*
- *Les Responsables des structures sanitaires publiques, privées et confessionnelles visitées*
- *L'ensemble des enquêteurs qui ont participé à la collecte des données dans les différentes formations sanitaires du pays.*

[1] Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST), 03 BP7192 Ouagadougou 03 ; Burkina Faso

Sigles et abréviations

ABBEF :	*Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial*
CAMEG :	*Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Générique*
CHN :	*Centre Hospitalier National*
CHR :	*Centre Hospitalier Régional*
CM :	*Centre Médical*
CMA :	*Centre Médical avec Antenne chirurgicale*
CSB :	*Commodity Security Branch*
CSPS :	*Centre de Santé et de Promotion Sociale*
DGPML :	*Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et des Laboratoires*
DRD :	*Dépôt Répartiteur de District*
DS :	*District Sanitaire*
DSF :	*Direction de la Santé de la Famille*
DSME :	*Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant*
EDS :	*Enquête Démographique et de Santé.*
FS :	*Formation sanitaire*
GPRHCS :	*Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security*
INSD :	*Institut National de la Statistique et de la Démographie*
IRSS :	*Institut de Recherche en Sciences de la Santé*
LNME :	*Liste Nationale des Médicaments Essentiels*
OMS :	*Organisation Mondial de la Santé*
ONG :	*Organisation Non Gouvernementale*
PIB :	*Produit Intérieur Brut*
PPS :	*Point de Prestation de Services*
RGPH :	*Recensement Général de la population et de l'Habitat*
SONU :	*Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence*
WHO :	*World Health Organisation*
UNFPA :	*Fonds des Nations Unies pour la Population.*

Résumé

Introduction

Depuis 2010, l'offre des produits et services de santé de la reproduction fait l'objet d'une évaluation annuelle dans chacun des 11 pays[2] composant le groupe I sous l'égide du Programme Mondial pour le Renforcement de la Sécurité des Produits de Santé de la Reproduction (GPRHCS). L'objectif de cette évaluation de suivre les progrès de chacun des pays à travers la collecte d'information permettant de renseigner les indicateurs ci-après :

- Le pourcentage de Points de Prestation de Services (PPS) de Planification familiale offrant au moins trois méthodes de contraception modernes ;
- Le pourcentage de PPS d'accouchement dans lesquels au moins 07 médicaments vitaux de santé maternelle (dont le **Sulfate de magnésium**[3] **et l'Oxytocine** plus 5 autres médicaments figurant sur la liste de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS)[4], sont disponibles ;
- Pourcentage des FS n'ayant pas connu une rupture de stock des produits contraceptifs modernes au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête.

Pour l'année 2012, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) en collaboration avec la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant, et le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP/UNFPA), a conduit cette évaluation dont les résultats font l'objet du présent rapport.

Méthodologie

Il s'est agit d'une enquête transversale et évaluative de la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle. Un questionnaire à été utilisé pour le renseignement des indicateurs auprès d'un échantillon aléatoire de 417

---

[2]Le *Burkina Faso, la République démocratique populaire du Laos, la Mongolie, le Niger, l'Ethiopie, le Madagascar, le Mozambique, la Sierra Leone, le Haïti, le Mali et le Nicaragua*

[3] Dans les CSPS classé au niveau I, le Diazepan injectable a été considéré à la place du Sulfate de magnesium, non autorisée dans cette catégorie de PPS selon la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME, 2012)

[4] According to the WHO Priority life-saving medicines, for women and children, 2012; the priority medicines are: i) Oxytocin, ii) Misoprostol, iii) Sodium chloride, iv) Sodium lactate compound solution, v) Magnesium sulphate, vi) Calcium gluconate, vii) Hydralazine, viii) Methyldopa, ix) Ampicillin, x) Gentamicin, xi) Metronidazole, xii) Mifepristone, xiii) Azithromycin, xiv) Cefixime, xv) BenzathineBenzylpenicillin, xvi) Nifedipine, xvii) Dexamethasone, xviii) Betamethasone, and ixx) Tetanus toxoid. The list can be accessed at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/emp_mar2012.1/en/index.html,

points de prestation de santé (PPS) toutes catégories confondues : publiques, privées et confessionnelles dont 344 PPS de niveau I (*CM , CSPS, Cabinet de soins infirmiers, Maternité isolée, cliniques d'accouchement, Infirmeries publiques, privées ou associatives)*, 60 PPS de niveau II constitué par les CMA et les Cliniques, et 13 PPS de niveau III constitué de tous les CHU, les CHR et les Polycliniques assurant l'offre de service de PF et/ou d'accouchement. La collecte des données s'est déroulée entre le 16 septembre et le 1er octobre 2012. Elle a été assurée par des pharmaciens, des médecins, des infirmiers et des sages femmes après une formation sur la méthodologie de l'enquête. Les donnéés ont été saisies à l'aide du logociel EPIDATA et le logociel SPSS a été utilisé pour l'analyse.

Résultats

Un total de 413 Points de Prestation de Services (PPS) dont 91,8% du secteur public, 3,9% du secteur privé lucratif, 2,2% du secteur privé non lucratif ou confessionnel et 2,2% des ONG/associations ont pu être enquêtés.

Les méthodes contraceptives offertes par les PPS enquêtés, étaient par ordre d'importance les solutions injectables (99,5%), les pilules (99,3%), les Implants (97,8%), les préservatifs masculin/féminin (97,1%) et le DIU (92,1%). La ligature des trompes et la vasectomie étaient les moins offertes (77,9% et 45,6% respectivement). Au moment de l'enquête, ***La presque totalité des PPS (99,5%) enquêtés offrait au moins 3 méthodes modernes de contraception (contre 90,3% en 2011)***. L'offre d'au moins 3 méthodes modernes était de 100% dans les PPS de niveau I et III, contre 96,8% dans ceux du niveau II ($p<0,05$). Cette offre était assurer à plus de 97% dans toutes les régions administratives (97,1 à 100% (($p=0,85$)). Des progrès sont a notés dans les régions entre l'enquête de 2011 et celle de 2012.

En 2012, 100% des PPS offraient au moins 3 méthodes de contraception modernes dans 11 régions sur 13, alors que en 2011, on en était à 2 régions sur 13.

L'offre d'au moins trois (3) méthodes de contraception modernes était aussi bien élevée en milieu rural (100%) qu'en milieu urbain (98,3%). Le mode de gestion des PPS, semblait significativement influencer cette offre (87,5% PPS du secteur privé lucratif contre 100% des PPS du public, des ONG/associations et du privé non lucratif ou confessionnel ($p< 10^{-3}$). En Les méthodes contraceptives de longue durée comme le DIU et les implants (80,4% et 89,7% respectivement) et les méthodes chirurgicales irréversibles comme la ligature des trompes et la vasectomie (46,7% et 35,1%) étaient peu représentées ou quasi absentes dans certains PPS. L'une des raisons majeures de cette sous-représentation ou de cette absence était le ***« manque***

de prestataires qualifiés ». La non-demande de ces méthodes, par les clients, qui en est une conséquence immédiate, justifierait aussi l'absence des méthodes irréversibles (46,7% pour la ligature des trompes et 56,8% pour la vasectomie).

L'amélioration est aussi notée en ce qui concerne le mode de gestion et la localisation des PPS. En 2011, les pourcentages de PPS offrant au moins trois (3) méthodes de contraception modernes étaient de 91,1% pour les PPS du public, 83,3% pour les PPS des ONG/Associations, et ceux du privé non lucratif/confessionnel, et 76,5% pour les PPS du privé lucratif. En 2012, ces pourcentages sont respectivement passés à 100% pour les PPS public et ceux des ONG/Association, et du privé non lucratif/confessionnel et 87% pour les privés lucratifs. Aussi, de 88,5% de PPS en milieu rural et 94,8% de ceux du milieu urbain offrant au moins trois méthodes contraceptives en 2011, ces pourcentages sont passés respectivement à 98,5% et 100% pour l'année 2012.

Au moment de l'enquête, les Injectables et les pilules étaient les produits les plus disponibles avec respectivement 97% et 96% de disponibilité dans PPS enquêtés. Ils sont suivis par les Implants (89%), les préservatifs (85%), et enfin le DIU (78%).

Bien que pris individuellement les méthodes contraceptives aient une bonne disponibilité au moment de l'enquête, moins d'un tiers (30,1%) des PPS enquêtés en 2012 disposaient de toutes les méthodes contraceptives offerts à leurs clients dans leurs stocks. Seules trois (3) régions (l'EST (58%), le Centre-Ouest (51%) et les Cascades (50%)) sur 13 disposaient de toute la gamme proposée dans plus de 50% de leurs PPS.. En outre, certaines régions étaient particulièrement moins bien fournies en gamme de produits contraceptifs (Plateau-Central (03,7% de disponibilité) et la région du Centre-Est (06,1% de disponibilité)).

Les PPS du secteur privé lucratif ne disposaient en stocks de toutes les méthodes contraceptives qu'il propose aux clients au moment de l'enquête. ***En 2012, 25,1% des PPS n'ont pas connu de rupture de stocks de produit contraceptif moderne quelconque durant les 6 derniers mois précédents l'enquête, contre 12,3% de PPS en 2011***, soit une augmentation d'un peu plus de 100% entre les deux enquêtes.

L'analyse selon le type de PPS ne montre pas de différences notables (25,5% pour les PPS de niveau I, 22,6% pour les PPS de niveau II et 27,3% pour ceux du niveau III). Cependant, entre 2011 et 2012, les PPS de niveau II ont un peu régressé en matière de non-rupture de stocks, passant de 23,7% en 2011 à 22,6% de non rupture en 2012. Les PPS de niveau I et III ont quant à eux) des progrès ont été faits durant les 6 derniers mois (10% et 10% en 2011 à 25,5% et 27,3% respectivement en 2012).

Sur les 13 régions administratives que compte le pays, 12 régions avaient des PPS à des pourcentages varibales n'ayant pas connu de rupture de stocks d'un produit contraceptif quelconque durant les 6 derniers mois (44,4% des PPS dans la régions des Cascades, 38,2% dans la région du centre Ouest, 35,5% dans la région de l'Est, 21,4% dans les Hauts-Bassins et le Centre-Nord, et 13,3% dans le Sahel, etc.). La seule région dans laquelle, tous les PPS ont enrégistré au moins une rupture de stocks d'un produit contraceptif est la région du Plateau Central.

Selon le milieu de résidence, les PPS en milieu rural ont enregistré moins de ruptures de stocks de produits contraceptifs durant les 6 mois précédant l'enquête de 2012 qu'à la même période de 2011 (26,8% en 2012 contre 9,3% en 2011). La même tendance, bien que moins marquée, a été observée pour les PPS localisés en milieu urbain (20,6% en 2012 contre 17,9% en 2011)).

La disponibilité des produits contraceptifs au cours des six (6) derniers mois s'est aussi améliorée entre l'enquête de 2011 et celle de 2012 selon le mode de gestion des PPS, excepté dans les PPS du secteur privé lucratif (0,0% en 2011 et 0,0% en 2012). De 12,4% des PPS du secteur public en 2011 n'ayant pas connu de rupture de stocks de contraceptifs durant les 6 derniers mois en 2011, ils sont à 25,1% en 2012. Les PPS gérés par les privés non lucratif/confessionnels et par les ONG/associations sont passés respectivement de 0,0% et 33,3% en 2011 à 20,0% et 66,7% en 2012.

La disponiblité de 7 médicaments vitaux de santé maternelle (dont le sulfate de magnésium et l'ocytocine) étaient effective dans 24,4% des PPS enquêtés. Cette diponibilité était différente (p=0,001) selon le niveau des PPS avec une plus forte présence de ces médicaments dans les PPS de niveu III (91%) et de niveau II (68,3%) que dans ceux du niveau I (14,2%). Des différences significatives (p=0,001) ont également été observées entre les régions (les régions du Centre Est (6,3%) et du Centre Sud (8,3%) étant les moins fournies en ces médicaments) et selon le mode de gestion des PPS (p=0,002) avec plus de disponibilité dans les PPS du secteur privé lucratif que dans les CSPS des autres secteurs. Aussi, la disponibilité des 7 médicaments vitaux était plus élevé en milieu urbain (50%) qu'en milieu rural (14,7%) (p=0,001). En ce qui concerne les deux principaux médicaments essentiels de santé maternelle que sont ***le sulfate de magnesium et l'ocytocine*** 91,1% des PPS en disposaient au moment de l'enquête, et 88% des PPS n'en avaient pas connu de rupture de stocks durant les 6 derniers mois précédant l'enquête. .

En ce qui concerne les raisons pour lesquelles certains médicaments vitaux n'étaient pas offerts dans les PPS, en déhors de la règlementation et/ou du contexte nationale (pour l'Azithromycine, la Cefixime, l'hydralazine, le Mifepristone, et le Misoprostol), *l'absence de la demande et la meconnaissance du médicament* ont été les raisons les plus rapportés (Méthyldopa,).

Recommandations

Au terme de cette étude sur la disponibilité de produits contraceptifs et des médicaments vitaux de santé maternelles, les rcommandations suivantes peuvent être formulées à l'endroit du Ministère de la santé :

- Rentre opérationnelle l'offre des méthodes contraceptives de longue durée d'action comme le DIU et les Implants dans les formations sanitaires de premier niveau conformément à l'édition 2012 de la Liste nationale des médicaments essentiels (LNME-2012). Cette opérationnalisation pourrait se traduire par le renforcement des capacités des prestataires de service de PF pour l'offre de ces méthodes.

- Renforcer la participation du secteur privé dans l'offre et la sécurisation des produits de contraception modernes.

- Envisager l'intégration dans la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) les médicaments vitaux de santé maternelle de la liste actualisé de l'OMS-2012 non encore pris en compte dans la LNME (Mefipristone, Hydralazine, Misoprostol), sur les produits vitaux de santé maternelle.

- Rendre effectif la distribution du Cefixime dans le circuit classique d'approvisionnement des PPS en médicaments essentiels notamment le circuit de distribution de la Central d'Achat des Médicament Essentiel et générique (CAMEG).

- Elaborer des protocoles d'emploi de chacun des médicaments vitaux de santé maternelle au profit des PPS dans le cadre la réduction de la mortalité maternelle en

prenant en compte l'indication et le mode d'emploi, et les précaution d'utilisation de chacun des produits.

1[E] PARTIE : INTRODUCTION

Dans le cadre de la sécurisation des produits de la santé de réproduction, le Programme Mondial pour le Renforcement de la Sécurité des Produits de Santé de la Reproduction (GPRHCS) a recommandé depuis 2010 au pays du Groupe I du dit programme, (à savoir *le Burkina Faso, la République démocratique populaire du Laos, la Mongolie, le Niger, l'Ethiopie, le Madagascar, le Mozambique, la Sierra Leone, le Haïti, le Mali et le Nicaragua)* de conduire annuellement une enquête spécifique sur la disponibilité de ces produits dans les points de prestation de service SR (PPS). Cette enquête a pour but de suivre les progrès des pays du groupe vers la sécurisation des produits SR. Ainsi, afin d'harmoniser les pratiques et faciliter la comparaison des résultats entre pays, la Commodity Security Branch (CSB) a éléboré et proposé une méthodologie à suivre et une liste de méthodes contraceptives modernes (*Préservatifs masculin ou féminin, Pilules contraceptives, Injectables, le DIU, les Implants ; la ligature des trompes, la vasectomie*) et de médicaments de santé maternelle[5] dont l'offre et la disponibilité dans les PPS devront être renseignées chaque année.

Au Burkina Faso, pour la 3ème fois consécutive, après 2010[6], 2011, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) en partenariat avec la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME), et le Fonds des nations Unies pour la Population (UNFPA) a conduit cette enquête pour l'année 2012. Elle a permis entre autres de renseigner les principaux indicateurs du suivi que sont le pourcentage de formations sanitaires offrant au moins trois méthodes de contraception modernes ; le pourcentage de formations sanitaires assurant des services d'accouchement qui disposent de sept (7) médicaments essentiels de santé maternelle/de reproduction (dont **Sulfate de magnésium et Oxytocine**), le pourcentage de formations sanitaires n'ayant connu aucune rupture de stocks de produits contraceptifs au cours des 6 derniers mois. Le présent document traite de ces indicateurs pour l'année 2012 au niveau du Burkina Faso.

[5] According to the WHO Priority life-saving medicines, for women and children, 2012; the priority medicines are: i) Oxytocin, ii) Misoprostol, iii) Sodium chloride, iv) Sodium lactate compound solution, v) Magnesium sulphate, vi) Calcium gluconate, vii) Hydralazine, viii) Methyldopa, ix) Ampicillin, x) Gentamicin, xi) Metronidazole, xii) Mifepristone, xiii) Azithromycin, xiv) Cefixime, xv) BenzathineBenzylpenicillin, xvi) Nifedipine, xvii) Dexamethasone, xviii) Betamethasone, and ixx) Tetanus toxoid. The list can be accessed at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/emp_mar2012.1/en/index.html,

[6] En 2010, les indicateurs ont été renseignés à partir de l'Enquête SONU qui fut une enquête exhaustive est différente de la méthodologie proposée par le CSB aux 11 pays.

1.1 Contexte

1.1.1 Données géographiques sur le Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays sahélien situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est limité au Nord et à l'Ouest par la République du Mali, au Sud par les Républiques du Togo, du Bénin, du Ghana et de la Côte d'Ivoire, à l'Est par la République du Niger. Le Burkina a une superficie de 274 200 Km². Son climat est de type tropical soudano-sahélien avec une saison sèche (octobre à avril) et une saison pluvieuse (mai à septembre). Le réseau hydrographique est constitué de nombreux cours d'eau non permanents dont les principaux sont le Nakambé, le Nazinon et le Mouhoun.

1.1.2 Organisation administrative

Le pays est subdivisé en circonscriptions administratives qui sont : les villages/secteurs, les départements, les provinces, les collectivités territoriales représentées par les communes et les régions dans le cadre de la décentralisation. On dénombre actuellement 13 régions, et 45 provinces.



Figure 1: Découpage administratif du Burkina Faso (régions administratives)

1.1.3 Données démographiques

La population du Burkina Faso est de 14 017 262 d'habitants selon le RGPH 2006 (un peu plus de 16 millions en 2012 suivant les projections). Elle est composée de 48,3% d'hommes et 51,7% de femmes, soit un rapport de 93 hommes pour 100 femmes. Le taux d'accroissement annuel moyen est de 3,1%. La population burkinabè est jeune car 50% des habitants ont moins de 16 ans, et les personnes âgées de moins de 20 ans représentent 57% de la population. La majorité de la population reside en milieu rural (77%).

Les principaux indicateurs démographiques sont:

- Taux de natalité : 46 pour 1000 habitants
- Indice synthétique de fécondité : 6,0 enfants par femme (EDS,2010)
- Prévalence contraceptive : 15 pour 100 selon l'EDS 2010
- Taux de mortalité générale : 11,8 pour 1000
- Taux de mortalité maternelle : 341 pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2010)
- Taux de mortalité néonatale : 28 pour 100 000 naissances vivantes (EDS,2010)
- Taux de mortalité infantile : 65 pour 1000 naissances vivantes ;
- Taux de mortalité infanto - juvénile : 129 pour 1000 naissances vivantes (EDS, 2010)
- Espérance de vie à la naissance : 56,7 ans.

1.1.4 Organisation et gestion du système de santé du Burkina Faso

Le système de santé comporte deux types de structures que sont les structures administratives et les institutions hospitalières et socio-sanitaires

1.1.4.1 Structures administratives

- Le niveau central est représenté par le cabinet du Ministre de la Santé, le Secrétariat Général, les directions générales, les Directions centrales et les structures rattachées. C'est le niveau de conception, d'orientation, et d'élaboration des politiques, des programmes et des plans nationaux de développement en matière de santé.
- Le niveau intermédiaire ou régional est représenté par 13 directions régionales de la santé. C'est le niveau de suivi de la mise en œuvre des politiques, des programmes et des plans nationaux de développement en matière de santé.
- Le niveau périphérique est représenté par les districts sanitaires (DS) au nombre de 70 (depuis avril 2011, dont 63 fonctionnels), géré chacun par une équipe cadre ayant à sa tête un médecin chef de district. C'est le niveau opérationnel où sont mises en œuvre les

plans et programmes de développement en matière de santé. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé.

1.1.4.2 Organisation de l'offre de soins

Les structures publiques de soins sont classiquement organisées en trois niveaux qui assurent des soins primaires, secondaires et tertiaires.

- Le premier niveau (I) correspond au district sanitaire qui comprend deux échelons :
    - le premier échelon de soins est le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), structure sanitaire de base du système de santé ;
    - le deuxième échelon de soins est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Il sert de référence pour les formations sanitaires du district. En outre, il existe des Centres médicaux (CM) qui peuvent évoluer vers des CMA.
- Le deuxième niveau (II) est représenté par les Centres hospitaliers régionaux (CHR) au nombre de 9. Il sert de référence et de recours aux CMA.
- Le troisième niveau (III) est constitué par les Centres hospitaliers universitaires (CHU) au nombre de 3 *dont un à vocation pédiatrique*. Il est le niveau de référence le plus élevé pour les soins spécialisés. Un 4ème CHU a été ouvert en septembre 2011 mais n'est pas encore totalement fonctionnel du point de vue des services SR..

Ces deux dernières décennies ont vu l'émergence du secteur privé (privés confessionnels, privés associatifs et privés à but lucratif), principalement dans les deux grande ville de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso qui abritent 88% des structures sanitaires privées. Ainsi, en 2010, un effectif de 358 établissements de soins privés autorisés ont été recensés, et se répartissent comme suit : 35 cliniques, 8 polycliniques, 35 centres médicaux, 20 cabinets médicaux, 15 cabinets dentaires, 200 cabinets de soins infirmiers, 15 cliniques d'accouchement, 28 CSPS et 02 cabinets de diététiques[7].

1.1.4.3 Le secteur pharmaceutique

La mise à la disposition des populations de médicaments essentiels de qualité à un moindre coût est un axe important de la politique sanitaire nationale. Pour faire face aux difficultés d'approvisionnement du secteur public, une centrale d'achat de médicaments essentiels génériques (CAMEG) a été crée en 1992 et un circuit de distribution a été défini. Ce circuit prévoit un dépôt répartiteur dans chaque district sanitaire et un dépôt de médicaments essentiels génériques (MEG) dans chaque formation sanitaire. En 2010, on comptait, 6

[7] Tiré du document de Politique pharmaceutique, Minsitère de la santé, Burkina Faso, 2012.

agences commerciales de la CAMEG, 63 dépôts répartiteurs qui deservent 1569 Dépôts MEG.

Les établissements pharmaceutiques privés énuméré en 2010 se répartissent en: 11 établissements de distribution en gros, 179 officines pharmaceutiques, 418 dépôts privés de médicaments[8].

Face à la multiplicité des sources de médicaments sur le marché international et l'expansion du marché illicite, garantir la qualité des médicaments est une préoccupation pour les pays ne disposant pas de capacité de production. Ainsi, en 1999, le Burkina Faso a créé un laboratoire national de santé publique (LNSP) qui a pour principale mission de garantir la qualité des produits soumis à la consommation de la population y compris les médicaments et autres produits pharmacetiques. Aussi, toute importation portant sur les médicaments de la liste nationale de médicaments essentiels[9] est soumise à un contrôle préalable avant la mise en consommation.

1.2 Objectifs de l'étude

Cette étude a pour but de contribuer au renforcement de la sécurité des produits et de l'offres des services de santé de la reproduction au Burkina Faso. Elle permet au Burkina Faso de disposer de données issues d'une méthodologie harmonisée sur les *indicateurs* ci-après :

- Pourcentage de FS offrant au moins trois méthodes contraceptives modernes ;
- Pourcentage de FS dans lesquelles au moins 07 médicaments vitaux de santé maternelle (**Sulfate de magnésium**[10] **et Oxytocine** plus 5 autres médicaments figurant sur la liste de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS)[11], sont disponibles ;
- Pourcentage des FS n'ayant pas connu une rupture de stock des produits contraceptifs modernes au cours des 6 derniers mois.

1.2.1 Objectif général

[8] Ministère de la santé/Burkina Faso: Politique pharmaceutique, 2ème edition, 2012., p34.

[9] DGPML: Liste Nationale des Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels, 2ème édition, Ministère de la Santé, 2012.

[10] Dans les CSPS classé au niveau I, le Diazepan injectable a été considéré à la place du Sulfate de magnesium, non autorisée dans cette catégorie de PPS selon la Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME, 2012)

[11] According to the WHO Priority life-saving medicines, for women and children, 2012; the priority medicines are: i) Oxytocin, ii) Misoprostol, iii) Sodium chloride, iv) Sodium lactate compound solution, v) Magnesium sulphate, vi) Calcium gluconate, vii) Hydralazine, viii) Methyldopa, ix) Ampicillin, x) Gentamicin, xi) Metronidazole, xii) Mifepristone, xiii) Azithromycin, xiv) Cefixime, xv) BenzathineBenzylpenicillin, xvi) Nifedipine, xvii) Dexamethasone, xviii) Betamethasone, and ixx) Tetanus toxoid. The list can be accessed at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/emp_mar2012.1/en/index.html,

Evaluer la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des produits vitaux de santé maternelle dans toutes les catégories de formations sanitaires du Burkina Faso.

1.2.2 Objectifs spécifiques

- Déterminer le pourcentage de Points de Prestations de Services de planification familiale au Burkina Faso offrant au moins trois méthodes contraceptives modernes ;
- Déterminer le pourcentage de formations sanitaires du Burkina Faso assurant les services d'accouchement dans lesquels au moins 07 médicaments vitaux de santé maternelle (dont **Sulfate de magnésium et Oxytocine** plus 5 autres médicaments figurant sur la liste de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS)[12], sont disponibles ;
- Déterminer le pourcentage de Points de Prestations de Services (formations sanitaires) n'ayant pas connu une rupture de stock des produits contraceptifs modernes et de santé maternelle offerts aux usagers au cours des 6 derniers mois.
- Identifier les raisons de **non ruptures de stocks** de produits contraceptifs modernes dans les formations sanitaires enquêtées ;
- Déterminer les raisons pour lesquelles certaines méthodes modernes de contraception et les produits de santé maternelle ne sont pas offerts dans les formations sanitaires.
- Déterminer la distance entre les points de prestation de services et leurs sources d'approvisionnement en produits contraceptifs modernes et produits vitaux de santé maternelle.
- Faire la cartographie des formations sanitaires enquêtées au niveau national ;

1.3 Organisation et gestion de l'enquête

La conduite de cette enquête a été assurée par l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) en étroite collaboration avec la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Le Comité de Pilotage du Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SPSR) en a assuré le suivi. Sa mise en œuvre fait suite à une démarche cohérente qui a consisté en :

[12] According to the WHO Priority life-saving medicines, for women and children, 2012; the priority medicines are: i) Oxytocin, ii) Misoprostol, iii) Sodium chloride, iv) Sodium lactate compound solution, v) Magnesium sulphate, vi) Calcium gluconate, vii) Hydralazine, viii) Methyldopa, ix) Ampicillin, x) Gentamicin, xi) Metronidazole, xii) Mifepristone, xiii) Azithromycin, xiv) Cefixime, xv) BenzathineBenzylpenicillin, xvi) Nifedipine, xvii) Dexamethasone, xviii) Betamethasone, and ixx) Tetanus toxoid. The list can be accessed at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/emp_mar2012.1/en/index.html,

- La mise en place des mécanismes de conduite de l'enquête a savoir le renouvellement du partenariat entre le Ministère de la Santé à travers la DSME, l'IRSS et l'UNFPA pour la réalisation de l'enquête en 2012 ;
- L'adapation du protocole et des questionnaires de collectes, et l'élaboration d'un manuel de formation à la collecte des données par l'IRSS ;
- L'amendement et l'adoption du protocole d'enquête et des outils de collecte (questionnaire et manuel de formation des agents de collecte) de données lors d'une séance de travail entre l'IRSS chargé de la mise en œuvre, la DSME et les membres du Comité de pilotage, et l'UNFPA ;
- Le recrutement et la formation des enquêteurs (personnel de collecte des données) ;
- Le pré-test du questionnaire par les investigateurs de l'IRSS ;
- La finalisation et la reproduction des outils de collecte ;
- La collecte des données sur le terrain ;
- La saisie et l'analyse des données collectées ;
- L'amendement et la validation des tableaux de resultats par les différentes parties prenantes ;
- La production du rapport provisoire de l'enquête suivant le caneva proposé par la CSB du GPRHCS.
- L'amendement du rapport de l'enquête par le comité de pilotage
- La finalisation du rapport par l'équipe d'investigation.

1.4 Méthodologie et limites

1.4.1 Conception de l'enquête et échantillonnage des établissements

a. Plan d'enquête

Cette enquête transversale et évaluative de la disponibilité des méthodes contraceptives modernes et des produits de santé maternelle à été conduite sur un échantillon aléatoire de formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles susceptibles d'offrir les services de santé de la reproduction (notamment la Planification familiale et les services d'accouchement).

b. Plan d'échantillonnage des formations sanitaires

La liste actualisée des formations sanitaires établie lors de l'enquête sur les Besoins en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence (SONU) en 2010 au Burkina Faso a été utilisée comme base de sondage pour le choix des PPS à enquêter. Cette liste a l'avantage d'être exhaustive en terme de fonctionnalité des points de prestation de services suscptibles d'offrir les services de PF et/ou d'accouchement, mais aussi de disposer de leurs coordonnées géographiques et téléphoniques (ce qui facilite leur réperage par les enquêteurs).

Pour les besoins de cette enquête nous avons adopté une classification spécifique en tenant compte du niveau de services SR offerts selon les structures. Ainsi, les CHR (caractérisés par l'offre de services de médecine générale et de spécialité) structures de référence régionale, habituellement classées au niveau II de l'offre de soins de santé ont été ramenés au niveau III au même titre que les Centres Hospitaliers Universitaires. Ceci du fait que les services SR offerts dans les CHU sont aussi offerts dans les CHR.

Ainsi, les différents PPS susceptibles de fournir des services de planification familiale et de santé maternelle ont été regroupés en trois niveaux (

Tableau 1

~~Tableau 1~~

~~Tableau 1~~) dans chaque région.

Tableau 1: Répartition des formations sanitaires par catégorie (niveau de soins)

Regions sanitaires	**Types de points de prestation de services**			
	PPS DE NIVEAU Tertiaire (III) *(CHU, CHR, et Polyclinique)*	**PPS DE NIVEAU Secondaire (II)** *(CMA, Cliniques)*	**PPS DE NIVEAU Primaire (I)** *(CM , CSPS, Cabinet de soins infirmiers, Maternité isolée, cliniques d'accouchement, Infirmeries publiques, privées ou associatives)*	Effectif
Centre	3	17	122	142
Centre-ouest	1	2	145	148
Centre-sud	0	3	98	101
Plateau-central	0	3	111	114
Boucle du mouhoun	1	5	180	186
Cascades	1	1	73	75
Hauts-bassins	1	8	154	163
Centre-nord	1	3	109	113
Centre-est	1	4	128	133
Est	1	5	117	123
Nord	1	3	170	174
Sahel	1	3	74	78

Sud-ouest	1	3	87	91
Effectif	**13**	**60**	**1568**	**1641**
Proportion relative (%)	**0,8**	**3,6**	**95,6**	**100**

Partant de l'hypothèse que la répartition des PPS suit une loi normale, pour une comparaison des données entre population, nous avons utilisé la formule ci-dessous pour déterminer le nombre minimal de PPS de chaque type considéré comme attribut principal.

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Où

n = la taille d'échantillon minimale pour chaque domaine Z= l'écart réduit qui correspond à un intervalle de confiance

p = la proportion de l'attribut (*type de PPS*) exprimée en décimales

d = le pourcentage du niveau de confiance exprimé en décimales

En fixant un intervalle de confiance de 95% avec une marge d'incertitude de 5%, les taillles d'échantillon minimales calculées pour chaque type de PPS majoré de 10% se présentent comme suit :

Tableau 2 : Tailles d'échantillon minimales

	PPS DE NIVEAU Tertiaire (III) *(CHU, CHR, et Polyclinique)*	PPS DE NIVEAU Secondaire (II) *(CMA, Cliniques)*	PPS DE NIVEAU Primaire (I) *(CM , CSPS, Cabinet de soins infirmiers, Maternité isolée, cliniques d'accouchement, Infirmeries publiques, privées ou associatives)*	Effectif
Taille minimale (+10%) [intervalle de confiance de 95% (Z = 1,96) et marge de certitude de 5% (d = 0,05)	14	60	72	146

La taille d'échantillon minimale des PPS de niveau III étant supérieure au nombre total de cette catégorie (

Tableau 1

~~Tableau 1~~

Tableau 1, Tableau 2Tableau 2Tableau 2), elle a été corrigée en incluant la population globale (n=13) de cette catégorie dans l'échantillon. La taille minimale de l'échantillon corrigée pour toutes les catégories de PPS pour refléter la réalité est de 145 dont tous les 13 PPS de niveau III, tous les 60 PPS de niveau II, et 72 PPS de niveau I (soit 4,6% des PPS de cette catégorie). La taille totale de l'échantillon de PPS à enquêter a été ensuite répartie entre les régions sanitaires selon la taille de chacune dans une catégorie de PPS (Tableau 3Tableau 3Tableau 3) avant de procéder à un sondage aléatoire systématique des PPS spécifiques devant être enquêtés dans l'étude.

Formatted: Font: Times New Roman, 12 pt, Not Bold

Formatted: Font: Times New Roman, 12 pt, Not Bold

Tableau 3: Répartition des tailles d'échantillon minimales par catégorie de PPS et par région

Regions sanitaires	**Catégorie de Points de prestation de services**			
	PPS DE NIVEAU Tertiaire (III) *(CHU, CHR, et Polyclinique)*	**PPS DE NIVEAU Secondaire (II)** *(CMA, Cliniques)*	**PPS DE NIVEAU Primaire (I)** *(CM , CSPS, Cabinet de soins infirmiers, Maternité isolée, cliniques d'accouchement, Infirmeries publiques, privées ou associatives)*	**Effectif**
Centre	3	17,00	6,00	26,00
Centre-ouest	1	2,00	7,00	10,00
Centre-sud	0	3,00	5,00	8,00
Plateau-central	0	3,00	5,00	8,00
Boucle du mouhoun	1	5,00	8,00	14,00
Cascades	1	1,00	3,00	5,00
Hauts-bassins	1	8,00	7,00	16,00
Centre-nord	1	3,00	5,00	9,00
Centre-est	1	4,00	6,00	11,00
Est	1	5,00	5,00	11,00
Nord	1	3,00	8,00	12,00
Sahel	1	3,00	3,00	7,00
Sud-ouest	1	3,00	4,00	8,00
Total	**13**	**60,00**	**72,00**	**145,00**

Pour des besoins spécifiques du Burkina Faso sur des indicateurs complémentaires de santé de la réproduction, la taille de l'échantillon a été revue pour la ramener à 417 PPS. Ce qui a permis d'avoir une taille répresentative et plus précise de PPS de niveau I sur l'effectif total de 1641 que compte ce type de PPS.

1.4.2 Collecte des données

Les données ont été collectées du 17 septembre au 1er octobre 2012 par des agents de santé (pharmaciens, médecins, infirmiers et Sages femmes/maïeuticiens d'Etat) après une formation assurée par les investigateurs de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS). Cette formation qui a durée trois jours a porté sur l'organisation méthodologique de l'enquête et l'administration du questionnaire en salle, suivi d'une phase pratique sur le terrain. La phase pratique a permis d'évaluer la capacité des enquêteurs à collecter les données en situation réelle suivant les exigences du protocole, et de mieux adapter le questionnaire pour l'enquête principale.

Les enquêteurs retenus (34/36) ont été ensuite repartis dans les 13 régions du pays pour la collecte de données. Afin de garantir l'effectivité des données collectées auprès des PPS, il a été demandé à chaque enquêteur de faire apposer le cachet du point de prestation de service (PPS) enquêté sur le questionnaire rempli. La supervision permanente de la collecte a été assurée par l'équipe de l'IRSS et et un représentant de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME). Après la collecte, les questionnaires remplis ont été vérifiés et enrégistrés à l'IRSS pour s'assurer du bon remplissage avant la saisie.

1.4.3 Analyse et présentation des données

Les données recueillies ont été saisies en double à l'aveugle à l'aide du logiciel EPIDATA par deux opérateurs de saisie différents. A la fin de la saisie, les deux bases de données ont été comparées pour corriger eventuellement les erreurs de saisie. L'analyse des données a été faite avec les logiciels SPSS™ Statistics version 17.0 (http://www.spss.com,), et Excel suivant le plan d'analyse proposé par la Commodity Security Branch (CSB).

L'analyse des coordonnées GPS[13] pour la cartographie des formations sanitaires enquêtées a été faite avec le logiciel ARCGIS 9.3.

1.4.4 Limites de l'enquête

La principale limite constatée dans la mise en œuvre de l'enquête est liée à l'application de la méthode d'échantillonnage proposée par la Commodity Security Branch (CSB). En effet, en appliquant cette méthodologie au contexte du Burkina Faso avec un nombre très limité de PPS de niveau tertiaire (n=2) et secondaire (n=9) par rapport à celui des PPS de niveau primaire (n=1630), la taille minimale de l'échantillon à enquêter a été de 21 PPS, ce qui va

---

[13] Les coordonnées GPS utilisées sont celles enregistrées au cours de l'enquête SONU au Burkina en 2010.

entrainer visiblement un problème de precision des estimations quand on sait que la taille de la population de PPS était de 1641 en 2010 sur l'ensemble du pays. Pour pallier ce problème, le comité de pilotage a proposé un réarrangement de la classification habituelle suivant le niveau de l'offre de soins SR dans les structures. Ainsi, les Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA, habituellement classés au niveau I) et les Centres Hospitaliers Régionaux (habituellement classés au niveau II) ont été respectivement rangés au niveau II et III pour les besoins de l'enquête. Cela a permi non seulement de prendre en compte les CMA, les CHR et les CHU dans leur totalité, mais aussi d'avoir un nombre répresentatif de PPS de niveau I (*incluant* les *Centres Médicaux, les CSPS, les Cabinets de soins infirmiers, les Maternités isolées, les cliniques d'accouchement, et les Infirmeries publiques, privées ou associatives).*

Au titre des limites, il faut ajouter le fait qu'un certain nombre de médicaments de santé maternelle de la liste de l'OMS-2012, ne sont pas encore officillement enrégistrés au Burkina Faso. D'autres produits bien qu'enrégistrés ne sont pas encore dans le circuit pulic d'approvisionnement des PPS (à travers la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et Génériques CAMEG). Aussi, le SULFATE DE MAGNESIUM qui est retenu comme médicament obligatoire devant faire partie des 7 médicaments vitaux de santé matériels n'est pas autorisé dans les formations sanitiares de niveau I au Burkina Faso[14]. En lieu et place de ce médicament essentiel, le Diazepam utilisé dans les PPS de cette catégorie a été consideré dans les PPS de cette catégorie pour le calcul des indicateurs.

Aussi, le changement de la liste des médicaments essentiels et de santé maternelle de l'OMS pour l'année 2012 par rapport à celle utilisée pour l'enquête de 2011, n'a pas permis la comparason des indicateurs de resultats obtenus entre 2011 et 2012.

1.5 Présentation du rapport

Le plan général de présentation du rapport consacré aux résultats de l'enquête s'articule de la façon suivante : après un résumé des directives, lois et protocoles nationaux rélatifs à la fourniture des produits contraceptifs et des médicaments de santé maternelle (2ème PARTIE) ; une partie consacrée aux resultats recapitule les différents items abordés dans le questionnaire (3ème PARTIE). Il s'agit de la description des PPS (classification, localisation et mode de gestion) ; l'offre et la disponibilité des méthodes de contraceptives modernes; l'offre et la disponibilité des médicaments vitaux de santé maternelle dans les FS enquêtées dans le pays.

[14] Selon la Liste Nationale des Médicaments Essentiels et Génériques pour l'année 2012.

Un chapitre est consacré à l'incidence des non-ruptures de stocks aussi bien de produits de contraception moderne que des médicaments vitaux de santé maternelle dans les formations sanitaires enquêtées.

Enfin, la dernière partie du rapport (4ème PARTIE) traite des conclusions et les principales recommandations axées sur les résultats obtenus, en mettant l'accent sur chacun des trois indicateurs clés de l'enquête.

2[E] PARTIE : DIRECTIVES, LOIS ET PROTOCOLES NATIONAUX

L'évaluation de l'offre et de la disponibilité des méthodes contraceptives et des médicaments pour la santé maternelle/reproductive s'est faite sur la base de la liste des méthodes contraceptives et des médicaments de santé maternelle/reproductive proposée par l'UNFPA et l'OMS. Sur la base de cette liste, une adaptation aux normes et directives nationales sur l'offre de ces méthodes contraceptives et médicaments de santé maternelle a été faite pour l'analyse des indicateurs dans le présent rapport.

La règlementation de la distribution et de la dispensation des médicaments y compris les médicaments essentiels est sous le leadership de la Direction Générale de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoire (DGPML) qui est une structure du Ministère de la santé. Cette direction établit et met à jour tous les 3 ans, la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) enregistrés au Burkina Faso selon le niveau de soins en tenant compte du profil du personnel de santé affecté à chaque niveau. Ainsi, l'exploitation de la LNMEG de 2012, pour les besoins de la présente enquête a permis l'élaboration des tableaux ci-dessous sur l'offre ou la fourniture des méthodes contraceptives et des médicaments de santé maternelle au Burkina Faso. Il faut cependant noter que la mise à jours de cette liste durant l'année 2012 a permis non seulement la prise en compte de certains médicaments comme essentiels dans le cadre de la santé maternelle (Cas du CEFIXIME), mais aussi l'autorisation de l'offre des méthodes contraceptives de longue durée comme le DIU dans les PPS de premier niveau.

2.1 Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de méthodes de contraception moderne

Selon la règlementation relative à la fourniture des méthodes de contraception moderne dans les structures sanitaires au Burkina Faso à compter de l'année 2012[15] (LNME-2012), tous PPS susceptibles d'assurer des services de planification familiale sont autorisés à offrir tous les méthodes de contraception moderne, à l'exception de **la ligature des trompes et la vasectomie.** La ligature des trompes et la vasectomie sont des méthodes chirurgicales et donc

[15] Liste Nationale des Médicaments Essentiels (LNME), mise à jour en 2012

offertes uniquement dans les PPS de références disposant de personnel compétent pour ces méthodes (c'est dire ceux des niveaux II et III).

Il faut cependant noter que l'offre des méthodes contraceptives de longue durée d'action comme le DIU et les Implants dans les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) n'a été formellement autorisée dans les les formations sanitaires de premier niveau du système sanitaire national qu'en 2012. Cette autorisation, recommandée par la *Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME)* dans le cadre de sa politique de promotion de la Planification familiale, n'est pas encore opérationnelle sur le terrain du fait que la formation du personnel pour l'offre de ces méthodes dans ces formations sanitaires de premier niveau n'est pas encore effective. Ainsi, pour l'année 2012, l'analyse de la disponibilité des méthodes contraceptives ne prend pas en compte le DIU et les Implants dans les Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) classés au premier niveau de soins dans ce rapport.

Tableau 4: Résume, l'offre de méthodes contraceptives modernes par niveau de soins selon la LNME de 2012[16]

Méthodes	Niveau d'utilisation			
	Niveau I		**Niveau II**	**Niveau III**
	CSPS, Infirmerie, Dispensaire, Cabinet de soins infirmiers, maternité isolé	**Centres Médicaux, Cabinet Médical**	**CMA, cliniques**	**CHU, CHR, Polyclinique**
Préservatif masculin	x	x	x	x
Préservatif féminin	x	x	x	x
Pilule	x	x	x	x
Contraceptif injectable	x	x	x	x
Implant	Autorisé, mais non encore opérationnel	x	x	x
DIU	Autorisé, mais non encore opérationnel	x	x	x
Ligature des trompes	Non autorisé	Non autorisé	x	x
Vasectomie	Non autorisé	Non autorisé	x	x

2.2 Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de médicaments pour la santé maternelle/reproductive

[16] Tiré de la liste nationale de médicaments essentiels (LNME), 2012 (excepté la ligature des trompes et la vasectomie qui sont des méthodes chirurgicales).

Selon les normes et règlements relatifs à la fourniture de médicaments pour la santé maternelle/reproductive dans les structures sanitaires au Burkina Faso (LNME, 2012), les observations suivantes peuvent être faites :

- L'hydralazine, le mifepristone et le misoprostole ne figurent pas sur la liste pharmaceutique nationale et donc non offerts dans les PPS au Burkina Faso.
- Le gluconate de calcium, le Dexaméthasone / Bethaméthasone (6 mg/ml), la Nifédipine et la gentamycine ne sont pas censés être offerts dans les CSPS classé au niveau I du système sanitaire national.
- Le cefixime, le metronidazole injectable, le sulfate de magnésium sont uniquement offerts dans les PPS de niveau II et III.
- Le cefixime n'a été pris en compte dans la liste nationale des médicaments essentiels que suite à la mise à jour de la LNME en 2012. De plus, ce médicament ne se retrouve pas encore dans le circuit d'approvisionnement classique des formations sanitaires qui est celui des médicaments essentiels et génériques (MEG) assuré par la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et Génériques (CAMEG) ;
- L'Azithromycine, est un médicament utilisé essentiellement lors des compagnes de masse contre le trachome. Il n'est pas offert en routine dans les PPS au Burkina Faso.

Ainsi, sur les 17 médicaments de la liste OMS-2012, seulement 12 ont pu être considérés pour l'analyse des données suivants les normes directives nationales.

Tableau 5: Résume l'offre des médicaments vitaux de santé maternelle/reproductive par niveau de soins selon la LNME-2012 au Burkina Faso.

Liste des médicaments_GPRHCS sous leur nom générique- Adultes - Par ordre alphabétique et par niveau de soins							
N°	Dénomination Commune Internationale (DCI)	Forme	Dosage	NIVEAU I		NIVEAU II	NIVEAU III
				CSPS, Infirmerie, Dispensaire, Cabinet de soins infirmiers, maternité isolé	Centres Médicaux, Cabinet Médical	CMA, cliniques	CHU, CHR, Polycliniq,
1	Ampicilline	Injectable	500 mg ou 1 g	X	X	X	X
2	Azithromycine[17]	Comprimé	250 mg, 500 mg	X	X	X	X
3	Benzathine Benzylpénicilline	Poudre pour préparation injectable	1,2; 2,4 MUI	X	X	X	X
4	Calcium gluconate	Injectable	100 mg/ml ; 10 ml	Non autorisé	X	X	X
5	Cefixime[18]	Comprimé/Susp buv	200mg, 400 mg	Non autorisé	Non autorisé	X	X
6	Chlorure de Sodium	Injectable	0,9% ; 10%	X	X	X	X
7	Dexaméthasone / [Bethaméthasone (6 mg/ml)]	Injectable	4 mg / ml ; 1 ml	Non autorisé	X	X	X
8	Gentamycine	Injectable	10;20 ; 40 ; 80 mg/ml ; 2 ml	NON	X	X	X
9	Hydralazine	injectable	20mg	Non enregistré en 2012	Non enregistré en 2012	Non enregistré en 2012	Non enregistré en 2012
10	Lactate de sodium composé (Solution de Ringer)	Injectable	500mL ou 250 mL	X	X	X	X
11	Méthyldopa	Comprimé	250 mg	X	X	X	X
12	Métronidazole	Injectable	500 mg/100 ml	Non autorisé	Non autorisé	X	X
13	Mifepristone	Comprimé	200mg	Non-enregistré en 2012	Non- enregistré en 2012	Non- enregistré en 2012	Non- enregistré en 2012
14	Misoprostol[19]	Comprimé	200µg	Non-enregistré en 2012	Non- enregistré en 2012	Non- enregistré en 2012	Non- enregistré en 2012
15	Nifédipine	Comprimé	10 mg, 20 mg	NON	X	X	X

[17] Distribué dans les campagnes de masse contre le trachome, et n'est par conéquent pas offert en routine dans les PPS

[18] Enrégistré dans la LNME en 2012, mais n'existe pas encore dans le circuit classique d'approvisionnement des PPS.

[19] Non enregistré comme médicament de santé maternelle (ocytocique) dans la liste des médicaments en 2012 au Burkina Faso.

16	Oxytocine	Injectable	5 UI/ml	X	X	X	X
17	Sulfate de magnésium	Injectable	500 mg/ml ; 2 et 10 ml	Non autorisé	Non autorisé	X	X
	OU DIAZEPAN INJECTABLE			x	x	x	x
18	Vaccin antitétanique (VAT)	Injectable	-	x	x	x	x

3[E] PARTIE : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

3.1 Informations d'ordre général concernant les établissements

Sur un total de 417 Points de Prestation de Services (PPS) échantillonnés pour l'enquête en 2012, 413 ont pu être visités par les enquêteurs, soit un taux de réalisation de 99,04%. Des 413 PPS visités, respectivement 408 et 401 ont déclaré offrir des services de Planification familiale, et des services d'accouchement.

Les 04 PPS sur les 417 échantillonnées n'ont pu être visitées par les enquêteurs du fait de l'inaccessibilité géographique durant la période de collecte des données qui était celle de la saison pluvieuse au Burkina Faso. Ces PPS non visités sont situés dans la région des Hauts-Bassins (CSPS de Gombélédougou et le centre médical Soumba), du Centre-Sud (CSPS de Sya), et de l'Est (CSPS de Djagoagou[20]).

Les données produites dans ce rapport, ne prennent en compte que les PPS offrant les services de planification familiale pour les méthodes de contraception modernes, et les PPS offrant des services d'accouchement pour les médicaments vitaux de santé maternelle.

3.1.1 Répartition géographique des établissements

La Figure 2~~Figure 2Figure 2~~ montre la répartition géographique des PPS enquêtés répartis de façon aléatoire sur le territoire national.

[20] En plus de l'inaccessibilité géographique, ce CSPS a été déconseillé aux enquêteurs par le personnel de santé de la région à cause de l'insécurité qui prévalait dans la zone.

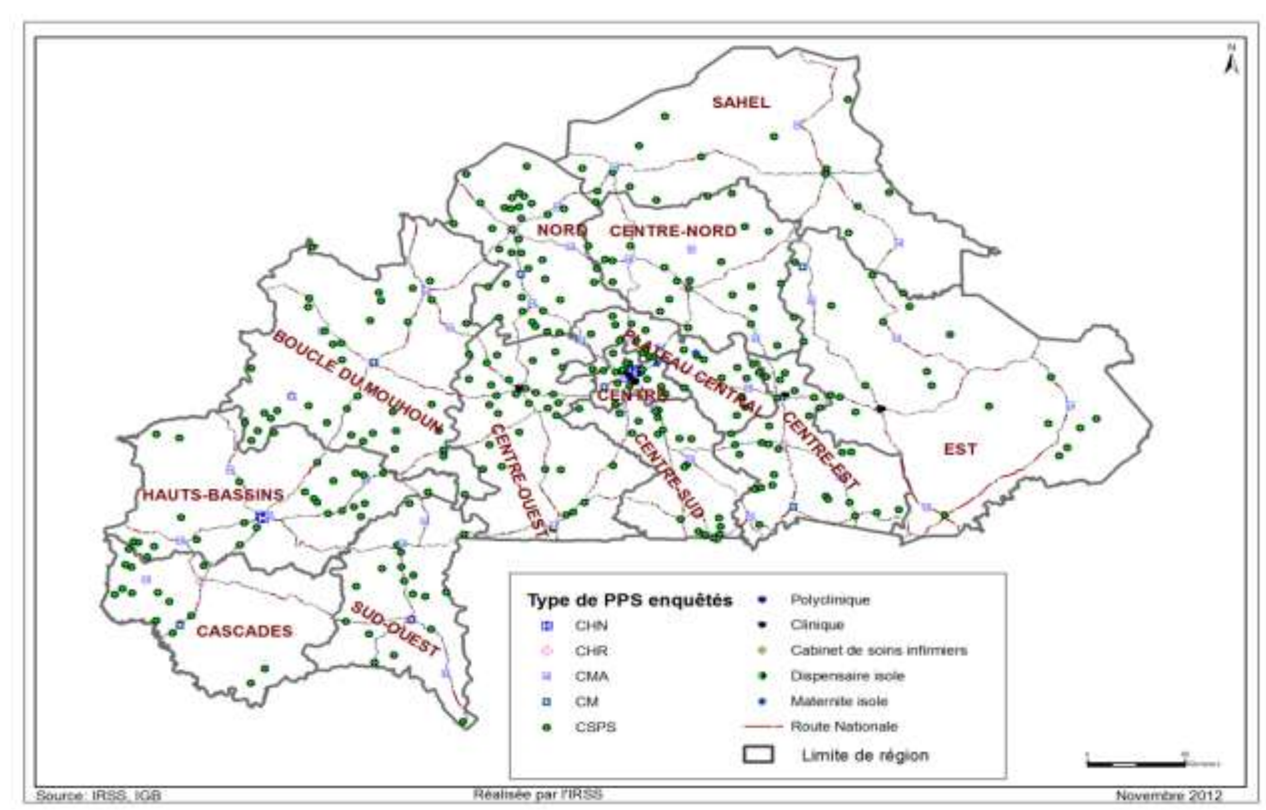


Figure 2: Répartition géographiques des Points de Prestations de Services enquêtés

3.1.2 Gestion des établissements

L'échantillon de PPS enquêtés est constitué de PPS du secteur public c'est-à-dire ceux relevant du gouvernement (91,8%), de PPS du secteur privé lucratif (3,9%), et du secteur privé non lucratif ou confessionnel (2,2%) et des ONG/associations (2,2%). La représentativité de ces différents types de PPS dans l'enquête est proportionnelle à leur poids dans l'effectif des PPS susceptible d'offrir des services de Planification familiale et/ou d'accouchement au niveau national.

Tableau 6: Répartition des PPS selon leur mode de gestion

Gestion de la formation sanitaire	**Effectif (n)**	**Pourcentage (%)**
Gouvernement/public	379	91,8
Privé lucratif	16	3,9
Privé non lucratif/confessionnel	9	2,2
ONG/Association	9	2,2
Total	413	100,0

3.1.3 Distance séparant les PPS de leur centres d'approvisionnement en produits

La distance médiane entre les PPS et leurs sources d'approvisionnement en produits contraceptifs et médicaments vitaux de santé maternelle est de 25 Km (8, 50) en 2012 (contre 26km (8, 50) en 2011). Les PPS les plus éloignés de leurs principales sources d'approvisionnement sont ceux du public, et ceux localisés en milieu rural. En examinant les distances médianes selon les régions, on note que les régions dans lesquelles les PPS sont les plus éloignés de leurs sources d'approvisionnement sont les régions du Sud-Ouest (40 km), des Cascades (37,5km), du Centre Sud (37,5km). C'est seulement dans la région du centre que la distance médiane entre les PPS et leurs sources d'approvisionnement est inférieure à 10km (8,5km).

Tableau 7: Répartition des PPS selon les distances les séparant de leur sources d'approvisionnement en produits contraceptions et en médicaments de santé maternelle

	Effectif (n)	**Distance médiane en km (IQR)**
Type de PPS		
Niveau primaire	339	30 (15;52)
Niveau secondaire	63	3 (0,1;10)
Niveau Tertiaire	11	2,5 (0,1;8)
Total	413	25 (8;50)
Division administrative		
Centre	46	8,5 (3;15)

Centre Ouest	35	35 (17;90)
Centre Sud	24	37,5 (5,5;50)
Plateau Central	27	25 (12;45)
Boucle du Mouhoun	45	32 (10;60)
Cascades	18	37,5 (25;68)
Hauts Bassins	42	30 (8;55)
Centre Nord	28	15,85 (5,4;49)
Centre Est	33	30 (15;45)
Est	31	35 (7;76)
Nord	41	25 (10;40)
Sahel	20	35 (6,5;57,5)
Sud Ouest	23	40 (3;56)
Total	413	25 (8;50)
Milieu de residence		-
Urbain	121	3 (0,3;10)
Rural	292	35 (22;55)
Total	413	25 (8;50)
Gestionnaire		
Gouvernement/public	379	30 (10;50)
Privé lucratif	16	5 (4,5;9)
Privé non lucratif/confessionnel	9	6,5 (1;9)
ONG/Association	9	10 (3;10)
Total	**413**	**25 (8;50)**

3.2 Méthodes de contraception modernes offertes par les établissements

3.2.1 Contraceptifs offerts par type d'établissement

Dans l'ensemble, les méthodes contraceptives offertes par les PPS enquêtés, en tenant compte du contexte national étaient par ordre d'importance les solutions injectables (99,5%), les pilules (99,3%), les Implants (97,8%), les préservatifs masculins/féminin (97,1%) et le DIU (92,1%). La ligature des trompes et la vasectomie sont offertes respectivement par 77,9% et 45,6% des PPS qui en ont l'autorisation.

Selon le type d'établissement, on constate qu'en dehors de la ligature des trompe et de la vasectomie, toutes les autres méthodes contraceptives modernes étaient offertes par plus de 90% (entre 90,3% et 100%) des PPS autorisés à les offrir selon le type de PPS (Tableau 8~~Tableau 8Tableau 8~~).

Formatted: Font: 12 pt

Formatted: Font: 12 pt

Les quatre méthodes contraceptives les plus offertes l’étaient dans tous les PPS de niveau III , ceux des régions du Plateau central et du Centre-Nord. La région dans laquelle ces méthodes semblent être les moins offertes aux clients est la région du centre, du fait probablement d’une forte présence de PPS du secteur privé. En effet, ces PPS du secteur privé se retrouvent être les moins à proposer ces méthodes contraceptives en tenant compte du mode de gestion des PPS enquêtés (Tableau 8~~Tableau 8Tableau 8~~).

En ce qui concerne les méthodes non réversibles (ligature des trompes et vasectomie), on constate qu’aucun PPS n’offre la vasectomie dans les régions des Cascades, du centre-Ouest, de l’Est, et du Sud-Ouest.

Formatted: Font: 12 pt

Formatted: Font: 12 pt

La distance séparant le PPS de la source d’approvisionnement ne semble pas influencer l’offre des méthodes contraceptives aux clients, sauf pour les méthodes réversibles. En effet, les solutions injectables, les pilules, les préservatifs masculins/féminins et les implants sont aussi bien offerts dans les PPS situés à une distance de plus de 40km de leurs sources d’approvisionnement que dans ceux situés à des distances moindres.

Tableau 8: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant des méthodes de contraception modernes

Ventilation	Effectif	Préservatifs masculins ou féminins	Pilules	Solutions injectables	DIU	Implants	Ligature des trompes	Vasectomie
Type d'établissement								
Niveau primaire	336	97,9	99,7	100,0	93,8	93,8	NA	NA
Niveau secondaire	61	91,9	96,8	96,8	90,3	98,4	75,4	45,6
Niveau Tertiaire	11	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	90,9	45,5
Total	**408**	97,1	99,3	99,5	92,1	97,8	77,9	45,6
Division administrative								
Centre	42	83,3	95,2	97,6	87,5	91,7	70,6	52,9
Centre Ouest	35	97,1	100,0	97,1	80,0	100,0	33,3	0,0
Centre Sud	24	100,0	95,8	100,0	100,0	100,0	100,0	33,3
Plateau Central	27	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Boucle du Mouhoun	44	97,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7
Cascades	18	100,0	100,0	100,0	66,7	100,0	50,0	0,0
Hauts Bassins	42	97,6	100,0	100,0	80,0	100,0	100,0	87,5
Centre Nord	28	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0
Centre Est	33	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	25,0
Est	31	93,5	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	0,0
Nord	41	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	75,0	50,0
Sahel	20	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	25,0
Sud-Ouest	23	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	50,0	0,0
Total	**408**	97,1	99,3	99,5	92,1	97,8	77,9	45,6
Gestionnaire								
Gouvernement/public	378	99,2	99,7	100,0	95,4	100,0	80,4	45,1
Privé lucratif	16	81,3	87,5	87,5	86,7	93,3	66,7	40,0
Privé non lucratif/confessionnel	7	42,9	100,0	100,0	66,7	83,3	100,0	100,0
ONG/Association	7	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Total	408	97,1	99,3	99,5	92,1	97,8	77,9	45,6
Distance en Km avec le centre d'approvisionnement le plus proche								
0-4	85	94,6	100,0	100,0	94,1	98,0	77,5	42,5
5-9	36	96,9	93,8	96,9	85,7	92,9	75,0	41,7
10-14	30	92,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	66,7
15-19	5	92,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

20-24	47	94,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
25-29	26	97,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
30-34	20	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
35-39	18	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40-44	25	100,0	100,0	100,0	50,0	100,0	0,0	0,0
45-49	20	100,0	75,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
>=50	96	99,1	100,0	99,1	90,9	100,0	66,7	33,3
Total	**408**	**97,1**	**99,3**	**99,5**	**92,1**	**97,8**	**77,9**	**45,6**

3.2.2 Établissements proposant au moins trois méthodes de contraception modernes

D'une manière générale, la presque totalité des PPS (99,5%) enquêtés offrait au moins 3 méthodes modernes de contraception au moment de l'enquête. Ce pourcentage est de 100% dans les PPS de niveau I et III, contre 96,8% dans ceux du niveau II (Tableau 9~~Tableau 9Tableau 9~~), avec une différence statistiquement significative (p<0,05).

Tableau 9: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, par type d'établissement

Type d'établissement	**Pourcentage**		
	Ce PPS propose au moins 3 méthodes de contraception modernes	Ce PPS propose moins de 3 méthodes de contraception modernes	Total (n)
Niveau primaire	100,0	0,0	335
Niveau secondaire	96,8	3,2	62
Niveau Tertiaire	100,0	0,0	11
Total	**99,5**	**0,5**	**408**

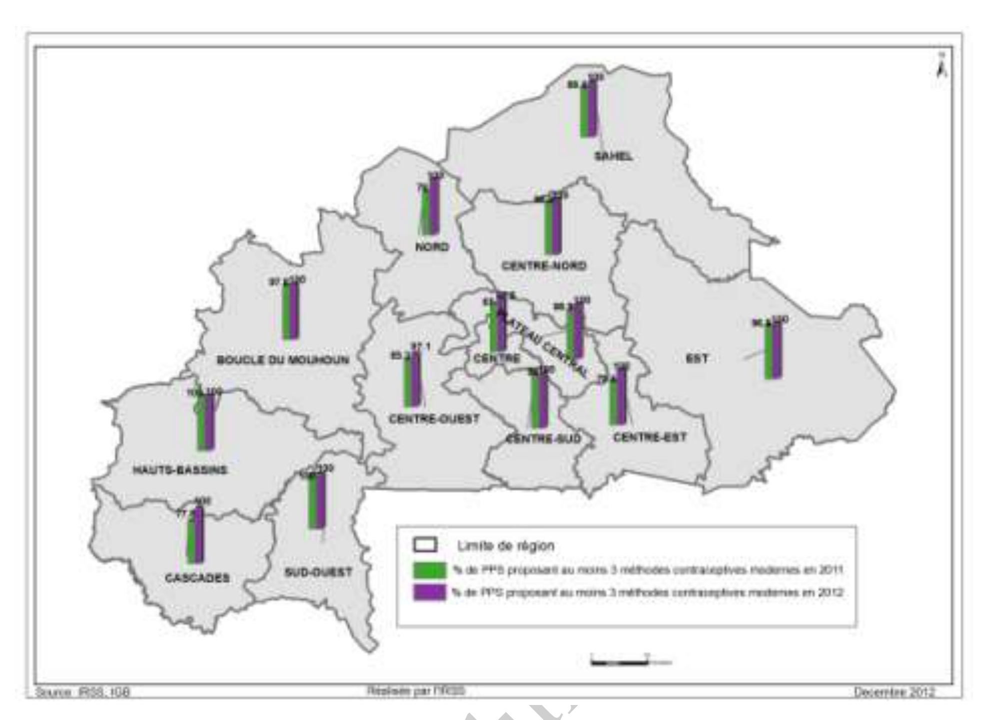
Selon la région administrative la proposition d'au moins trois (3) méthodes modernes de contraception dans les PPS était de 100% dans toutes les régions administratives, excepté les régions du Centre (97,6%) et du Centre Ouest (97,1%) (Tableau 10~~Tableau 10Tableau 10~~). Les différences observées entre les régions n'étaient pas statistiquement significatives (p=0,85).

Tableau 10: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, par division administrative (région)

Division administrative	**Pourcentage (%)**		
	Ce PPS propose au	Ce PPS propose	Total

	moins 3 méthodes de contraception modernes	moins de 3 méthodes de contraception modernes	
Centre	97,6	2,4	42
Centre Ouest	97,1	2,9	35
Centre Sud	100,0	0,0	24
Plateau Central	100,0	0,0	27
Boucle du Mouhoun	100,0	0,0	44
Cascades	100,0	0,0	18
Hauts Bassins	100,0	0,0	42
Centre Nord	100,0	0,0	28
Centre Est	100,0	0,0	33
Est	100,0	0,0	31
Nord	100,0	0,0	41
Sahel	100,0	0,0	20
Sud Ouest	100,0	0,0	23
Total	99,5	0,5	408

En comparant l'offre des méthodes contraceptives par les PPS en 2011 et celle observée en 2012, on constate des progrès dans l'ensemble des régions (**Annexe 1~~Annexe 1Figure 6~~**). De seulement deux (2) régions sur 13 dans lesquelles 100% des PPS assurant les services de Planification familiale offraient au moins 3 méthodes de contraception modernes en 2011, ce nombre est passé à 11 régions sur 13 en 2012 (**Tableau 2~~Tableau 2Tableau 2~~**). Ces progrès tout comme ceux précédemment observés témoignent de la prise en compte des instructions du Ministère de la santé par les PPS, selon lesquelles toutes les PPS devraient proposer à leurs clients toutes les méthodes contraceptives dont l'offre relève de leur compétence.



La Annexe 1~~Annexe 1Figure 6~~ : Comparaison des pourcentages de PPS offrant au moins trois (3) méthodes contraceptives modernes par région administrative entre 2011 et 2012.

Formatted: Font: 10 pt, French (France)

Formatted: Font: 10 pt, French (France)

L'offre d'au moins trois (3) méthodes de contraception modernes était toute aussi très élevée en milieu rural (100%) qu'en milieu urbain (98,3%) (**Tableau 11~~Tableau 11Tableau 11~~**).

Tableau 11: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, par milieu urbain/rural de résidence

Milieu de résidence	Pourcentage		
	Ce PPS propose au moins 3 méthodes de contraception modernes	Ce PPS propose moins de 3 méthodes de contraception modernes	Total
Urbain	98,3	1,7	116
Rural	100,0	0,0	292
Total	**99,5**	**0,5**	**408**

Selon le mode de gestion des PPS (Tableau 12~~Tableau 12Tableau 12~~), il a été constaté que les PPS du secteur privé lucratif offraient moins de trois (3) méthodes contraceptives modernes (87,5% que les PPS gérés par le gouvernement, les ONG/associations et le privé non lucratif ou confessionnel (100%) ($p < 10^{-3}$).

Tableau 12: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois moyens de contraception modernes, par gestionnaire de l'établissement

Gestionnaire de l'établissement	Pourcentage		
	Ce PPS propose au moins 3 méthodes contraceptives	Ce PPS propose moins de 3 méthodes contraceptives	Total (n)
Gouvernement/public	100,0	0,0	378
Privé lucratif	87,5	12,5	16
Privé non lucratif/confessionnel	100,0	0,0	7
ONG/Association	100,0	0,0	7
Total	**99,5**	**0,5**	**408**

La distance entre le PPS et sa source d'approvisionnement la plus proche ne semble pas influencer la proposition des méthodes contraceptives (Tableau 13~~Tableau 13Tableau 13~~). En effet, de la plus petite distance (moins de 5km) à la plus grande distance, le pourcentage de PPS proposant au moins 3 méthodes contraceptives reste relativement important dans l'ensemble et oscille entre 97% et 100% indépendamment de la distance (p=0,67).

Tableau 13: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, selon la distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche

Distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (en km)	Pourcentage		
	Ce PPS propose au moins 3 méthodes contraceptives	Ce PPS propose moins de 3 méthodes contraceptives	Total (n)
0-4	100,0	0,0	74
5-9	96,9	3,1	32
10-14	100,0	0,0	25
15-19	100,0	0,0	25
20-24	100,0	0,0	19
25-29	100,0	0,0	34
30-35	100,0	0,0	40
35-39	100,0	0,0	2
40-44	100,0	0,0	41
45-49	100,0	0,0	4
≥50	99,1	0,9	112
Total	**99,5**	**0,5**	**408**

3.2.3 Raisons de l'absence de certaines méthodes de contraception modernes dans les PPS

Les résultats montrent une faible proposition des méthodes contraceptives de longue durée comme le DIU et les implants dans les PPS assurant les services de planification familiale. Le « manque de prestataires qualifiés » constitue la principale raison de l'absence d'offre des méthodes contraceptives de longue durée comme le DIU et les implants dans les PPS de planification familiale (80,4% et 89,7% respectivement des cas d'absence d'offre du DIU et des implants).

Pour ce qui est des méthodes chirurgicales comme la ligature des trompes et la vasectomie, la plupart des PPS autorisés à les offrir et qui ne les offrent pas aux clients avancent aussi la même raison à savoir le « manque de prestataire qualifié » (46,7% et 35,1%). Par ailleurs la non-demande de ces méthodes par les clients justifierait aussi l'absence des méthodes chirurgicales (46,7% pour la ligature des trompes et 56,8% pour la vasectomie) (Tableau 14Tableau 14Tableau 14).

En appréciant l'offre du du préservatif féminin , il est ressorti qu'elle était relativement faible (il n'est offert que dans 32,8% des PPS alors le préservatif masculin l'était dans 83,8% des PPS au moment de l'enquête). La raison de cette faiblesse était qu'il est très peu ou pas demandé par les clients (89,1% des cas), bien qu'il leur soit proposé. Cette absence de la demande a souvent eu pour conséquence, la péremption des stocks existants dans certains PPS qui ont opté de ne plus renouveler le stock pour cette méthode.

Tableau 14: Raisons de l'absence de certaines méthodes de contraception moderne dans les PPS

	Raisons	Effectif	Pourcentage
Préservatif masculin	Pas de prestataire qualifié	0	0
	Méthode non demandée	10	76,9
	Choix confessionnel	2	15,4
	Méthode non adaptée à la population	1	7,7
Préservatif féminin	Pas de prestataire qualifié	0	0
	Méthode non demandée	82	89,1
	Choix confessionnel	2	2,2
	Méthode non adaptée à la population	7	7,6
	Pas autorisé à fournir	0	0
	Non concerné	1	1,1
Pilules	Pas de prestataire qualifié	0	0
	Méthode non demandée	2	66,7
	Autres	1	33,3
Solutions injectables	Pas de prestataire qualifié	0	0
	Méthode non demandée	2	100,0
DIU	Pas de prestataire qualifié	115	80,4
	Méthode non demandée	19	13,3
	Méthode non adaptée à la population	2	1,4
	Pas autorisé à fournir	1	0,7
	Non concerné	1	0,7
	Autres	5	3,5
Implants	Pas de prestataire qualifié	35	89,7
	Méthode non demandée	4	10,3
Ligatures des trompes	Pas de prestataire qualifié	7	46,7
	Méthode non demandée	7	46,7
	Autres	1	6,7
Vasectomie	Pas de prestataire qualifié	13	35,1
	Méthode non demandée	21	56,8
	Méthode non adaptée à la population	2	5,4
	Autres	1	2,7

3.2.4 Comparaison des pourcentages de PPS offrant au moins 3 méthodes contraceptives modernes entre l'année 2011 et l'année 2012 selon le type d'établissement et la région administrative

D'une manière générale, l'offre des méthodes contraceptives modernes a connu une amélioration entre l'année 2011 et l'année 2012 (Tableau 15~~Tableau 15Tableau 15~~). En effet, selon le type de PPS, on constate que la 99,5% des PPS assurent l'offre d'au moins trois (3) méthode contraceptives en 2012, contre 90,3% en 2011.

Selon la région administrative, l'offre d'au moins trois (3) méthodes contraceptives est observée dans 100% des PPS dans toutes les régions en 2012, excepté la région du Centre (95,3%) et la région du centre Ouest (97,1%). Pour l'année 2011, cette proportion variait entre 78% (dans la région des Cascades et celle du Nord) à 100% (région du Sud-Ouest et celle des Hauts-Bassins).

L'amélioration de cet indicateur est aussi constatée en 2012 selon le mode de gestion et la localisation des PPS. En 2011, les pourcentages de PPS offrant au moins trois (3) méthodes de contraception modernes étaient de 91,1% pour les PPS du public, 83,3% pour les PPS des ONG/Associations, et ceux du privé non lucratif/confessionnel, et 76,5% pour les PPS du privé lucratif. En 2012, ces pourcentages sont respectivement passés à 100% pour les PPS public et ceux des ONG/Association, et du privé non lucratif/confessionnel et 87% pour les privés lucratifs. Aussi, de 88,5% de PPS en milieu rural et 94,8% de ceux du milieu urbain offrant au moins trois méthodes contraceptives en 2011, ces pourcentages sont passés respectivement à 98,5% et 100% pour l'année 2012.

Formatted: Font: 12 pt

Formatted: Font: 12 pt

Tableau 15: Comparaison de l'offre d'au moins trois (3) méthodes modernes de contraception entre l'année 2011 et l'année 2012

	Pourcentage de PPS offrant au moins 3 méthodes de contraception modernes	
	2011	**2012**
Type de PPS		
Niveau primaire	89,6	100,0
Niveau secondaire	92,7	96,8
Niveau Tertiaire	100	100,0
Localisation		
Urbain	94,8	98,3
Rural	88,5	100,0
Division administrative		
Centre	87	97,6
Centre Ouest	85,3	97,1
Centre Sud	96	100,0
Plateau Central	88,9	100,0
Boucle du Mouhoun	97,8	100,0
Cascades	77,8	100,0
Hauts Bassins	100	100,0
Centre Nord	96,3	100,0
Centre Est	79,4	100,0
Est	78	100,0
Nord	78	100,0
Sahel	89,5	100,0
Sud Ouest	100	100,0
Gestionnaire		
Gouvernement/public	91,1	100,0
Privé lucratif	76,5	87,5
Privé non lucratif/confessionnel	83,3	100,0
ONG/Association	83,3	100,0
Ensemble	**90,3**	**99,5**

3.3 Disponibilité des médicaments vitaux de santé maternelle et reproductive

La Disponibilité des médicaments vitaux de santé maternelle et reproductive a été évaluée à partir de la liste des 17 médicaments proposés par la Commodity Security Branch (CSB) de l'UNFPA sur la base de la liste OMS de 2012[21]. Il s'agit de l'Ampicilline injectable, de l'Azithromycine comprimé, de la Benzathinebenzylpénicilline, du Bétaméthasone ou le Dexaméthasone, du Gluconate de Calcium, de la Cefixime, de la Gentamycine, de l'Hydralazine, du Sulfate de magnésium, du méthyldopa, du Métronidazole, du Mifepristone, du Misoprostole, de la Nifedipine, de l'ocytocine injectable, du Chlorure de Sodium ou le lactate de sodium et enfin du Vaccin antitétanique (VAT).

3.3.1 Médicaments vitaux de santé maternelle et reproductive disponibles par type d'établissement

D'une manière générale, la disponibilité des médicaments vitaux de santé maternelle est assez variable suivant le type d'établissement, la région administrative et le mode de gestion du PPS. Sur les 17 médicaments, concernés par cette enquête, 8 médicaments étaient disponibles dans au moins 85% des PPS au moment de l'enquête. Il s'agit par ordre décroissant de l'Ampicilline injectable (98%), du Métronidazole injectable et du Chlorure de Sodium/solution de lactate de sodium (97%), de l'ocytocine injectable (96%), du sulfate de Magnésium *(ou du Diazpam dans les CSPS)* (95%), du vaccin antitétanique VAT (94%), de la Gentamycine (92%), de la Benzathine benzylpénicilline (88%) (Tableau 16~~Tableau 16Tableau 16~~). Les médicaments les moins disponibles étaient le Methyldopa et le Bétaméthazone/Dexaméthazone présents respectivement dans 25% et 40% des PPS autorisés à les offrir selon la règlementation nationale.

[21] WHO Priority life-saving medicines, for women and children, 2012; the priority medicines are: i) Oxytocin, ii) Misoprostol, iii) Sodium chloride, iv) Sodium lactate compound solution, v) Magnesium sulphate, vi) Calcium gluconate, vii) Hydralazine, viii) Methyldopa, ix) Ampicillin, x) Gentamicin, xi) Metronidazole, xii) Mifepristone, xiii) Azithromycin, xiv) Cefixime, xv) BenzathineBenzylpenicillin, xvi) Nifedipine, xvii) Dexamethasone, xviii) Betamethasone, and ixx) Tetanus toxoid. The list can be accessed at http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/emp_mar2012.1/en/index.html

Tableau 16: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services disposant de médicaments pour la santé maternelle/reproductive au moment de l'enquête

Ventilation	Médicaments vitaux de santé maternelle disponibles au moment de l'enquête																
	Ampiciline	Azithromycine	Benzathinebenzylpénicilline	Soit Bétaméthasone soit Dexaméthasone	Gluconate de Calcium	Céfixime	Gentamicine	Hydralazine	Sulfate de mégnésium[22]	Méthyldopa	Métronidazole	Mifepristone	Misoprostole	Nifédipine	Ocytocine	Chlorure de Sodium soit solution de lactate de sodium	VAT
Type d'établissement																	
Niveau primaire	100	NA[23]	91	23	36	NA	100	NA	98	20	NA	NA	NA	50	96	97	98
Niveau secondaire	90	NA	72	42	68	NA	88	NA	74	48	96	NA	NA	68	98	97	80
Niveau Tertiaire	100	NA	91	45	100	NA	100	NA	100	45	100	NA	NA	82	100	100	55
Total	98	NA	88	40	67	NA	92	NA	95	25	97	NA	NA	67	96	97	94
Division administrative																	
Centre	85	NA	41	40	52	NA	71	NA	80	15	94	NA	NA	48	98	93	88
Centre Ouest	97	NA	83	60	100	NA	100	NA	100	26	100	NA	NA	40	97	97	97
Centre Sud	100	NA	100	0	100	NA	67	NA	96	0	100	NA	NA	67	100	100	96
Plateau Central	100	NA	93	0	67	NA	100	NA	89	4	100	NA	NA	67	100	85	93
Boucle du Mouhoun	100	NA	100	14	86	NA	100	NA	98	41	83	NA	NA	100	100	100	86
Cascades	100	NA	100	67	100	NA	100	NA	100	50	100	NA	NA	100	100	100	100
Hauts Bassins	100	NA	72	75	88	NA	100	NA	97	69	100	NA	NA	88	72	100	95
Centre Nord	100	NA	100	100	75	NA	100	NA	93	14	100	NA	NA	100	96	96	96

[22] Remplacé par le Diazépam dans les CSPS (niveau I) selon le contexte national
[23] NA = Non Applicable

Centre Est	100	NA	88	17	50	NA	100	NA	94	13	100	NA	NA	33	97	97	100
Est	100	NA	100	25	38	NA	100	NA	90	13	100	NA	NA	88	100	100	90
Nord	100	NA	98	33	67	NA	100	NA	100	23	100	NA	NA	83	100	95	95
Sahel	100	NA	100	60	60	NA	100	NA	94	20	100	NA	NA	60	100	100	100
Sud Ouest	100	NA	100	20	60	NA	100	NA	100	17	100	NA	NA	40	100	100	91
Total	98	NA	88	40	67	NA	92	NA	95	25	97	NA	NA	67	96	97	94
Gestionnaire																	
Gouvernement/public	100	NA	92	37	69	NA	97	NA	97	25	98	NA	NA	72	96	98	95
Privé lucratif	67	NA	33	57	64	NA	71	NA	53	7	93	NA	NA	43	93	80	80
Privé non lucratif/confessionnel	88	NA	38	33	50	NA	83	NA	60	38	100	NA	NA	67	100	100	88
ONG/Association	100	NA	0	0	0	NA	0	NA	100	0	0	NA	NA	0	100	100	0
Total	98	NA	0	0	0	NA	0	NA	0	0	0	NA	NA	0	0	0	0
Distance avec le centre d'approvisionnement le plus proche en km)																	
0-4	97	NA	90	26	68	NA	94	NA	85	41	98	NA	NA	66	99	97	77
5-9	91	NA	61	75	62	NA	80	NA	87	33	92	NA	NA	69	94	91	88
10-14	95	NA	82	33	67	NA	67	NA	91	9	100	NA	NA	33	100	100	95
15-19	100	NA	92	67	67	NA	100	NA	96	24	100	NA	NA	67	92	96	100
20-24	100	NA	89	50	50	NA	100	NA	100	21	100	NA	NA	50	89	100	100
25-29	100	NA	94	100	0	NA	100	NA	97	15	100	NA	NA	100	100	91	94
30-35	100	NA	93	100	100	NA	100	NA	97	20	0	NA	NA	0	95	100	98
35-39	100	NA	50	0	0	NA	0	NA	100	50	0	NA	NA	0	100	100	100
40-45	98	NA	83	50	50	NA	100	NA	100	15	0	NA	NA	100	95	98	100
45-49	100	NA	100	0	0	NA	0	NA	75	0	0	NA	NA	0	75	100	100
≥50	100	NA	94	44	78	NA	100	NA	98	25	100	NA	NA	78	97	98	99
Total	**98**	**NA**	**88**	**40**	**67**	**NA**	**92**	**NA**	**95**	**25**	**97**	**NA**	**NA**	**67**	**96**	**97**	**94**

3.3.2 Disponibilité des sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle et reproductive

Un peu moins d'un PPS sur 4 (24,4%) disposait d'au moins de sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle/reproductive (dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**). Selon le type d'établissement, on constate que la disponibilité des sept (7) médicaments vitaux augmente significativement avec le niveau des PPS (p=0,001). Ainsi, dans les PPS de niveau primaire (I), seulement 14,2% d'entre eux disposaient de sept (7) médicaments vitaux au moins, contre 68,3% et 91% respectivement pour les PPS de niveau secondaire (II) et tertiaire (III) (Tableau 17~~Tableau 17Tableau 17~~).

Tableau 17: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par type d'établissement

Type d'établissement	Pourcentage		
	Sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) disponibles)	Sept médicaments pour la santé maternelle/reproductive (dont dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) non disponibles	Total (n)
Niveau primaire	14,2	85,8	330
Niveau secondaire	68,3	31,7	60
Niveau Tertiaire	90,9	9,1	11
Total	**24,4**	**75,6**	**401**

Sur les 13 régions administratives que compte le pays, seule la région des Cascades dispose de 07 médicaments vitaux de santé maternelle au moins dans plus de 50% de ses PPS (55,6%). Elle est suivie des régions de la Boucle du Mouhoun (43,2%) et des hauts-Bassins (41%) (Tableau 18~~Tableau 18Tableau 18~~). Les régions dans lesquelles cette disponibilité des médicaments de sauvetage de santé maternelle était des plus faibles sont celles du Centre-Est (6,3%) et du Centre-Sud (8,3%) (p=0,001).

Tableau 18: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par division administrative (région)

Division administrative	**Pourcentage**		
	Sept médicaments vitaux de santé maternelle/reproductive (dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) disponibles)	Sept médicaments de santé maternelle/reproductive (dont dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) non disponibles	Total (n)
Centre	25,0	75,0	40
Centre Ouest	28,6	71,4	35
Centre Sud	8,3	91,7	24
Plateau Central	14,8	85,2	27
Boucle du Mouhoun	43,2	56,8	44
Cascades	55,6	44,4	18
Hauts Bassins	41,0	59,0	39
Centre Nord	17,9	82,1	28
Centre Est	6,3	93,8	32
Est	12,9	87,1	31
Nord	17,5	82,5	40
Sahel	15,0	85,0	20
Sud Ouest	26,1	73,9	23
Total	**24,4**	**75,6**	**401**

La répartition géographique des pourcentages de disponibilité des 7 médicaments vitaux de santé maternelle est matérialisée par la **Figure 3**~~**Figure 3Figure 3**~~ ci-dessous.

Formatted: Font: 12 pt, Bold

Formatted: Font: 12 pt, Bold

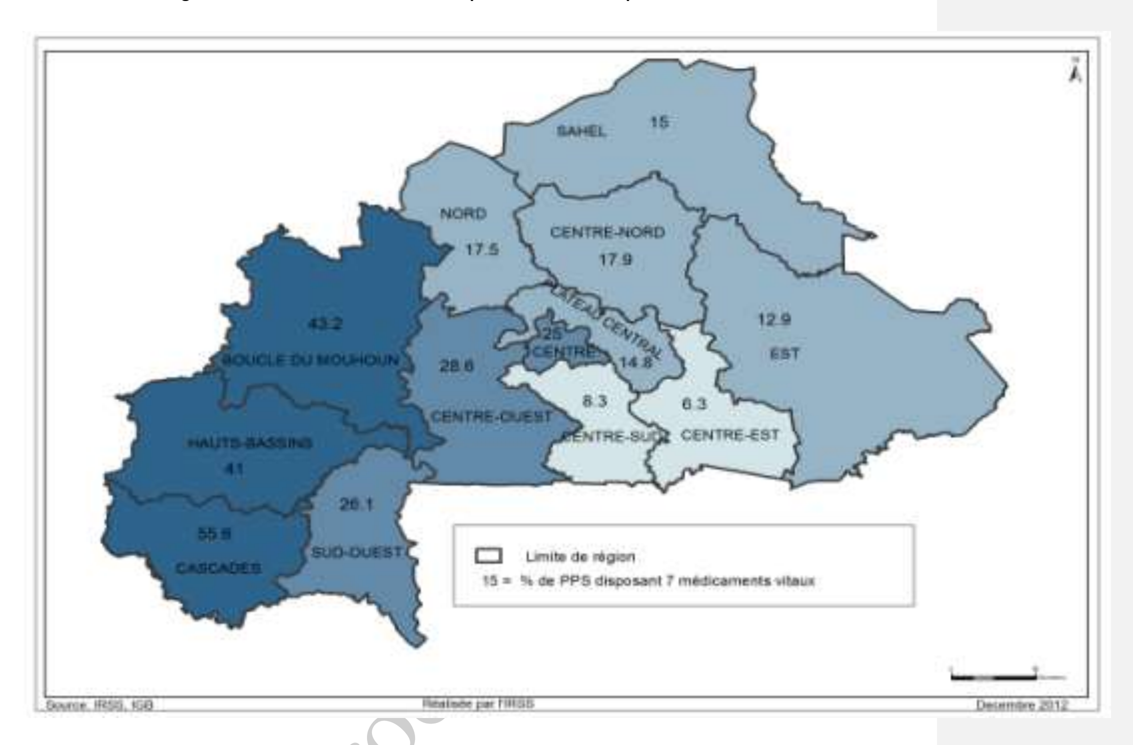


Figure 3: Répartition géographique des régions administratives selon le pourcentage de PPS dans lesquels au moins 7 médicaments vitaux de santé maternelle (dont le sulfate de Magnésium et l'ocytocine) étaient disponibles au moment de l'enquête

Les PPS localisés en zone urbaine restent les plus nanties en médicaments vitaux de santé maternelle/reproductive (dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) par rapport à ceux localisés en milieu rural (Tableau 19~~Tableau 19Tableau 19~~). En effet, un PPS sur deux (50,5%) en milieu urbain disposait de sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle contre 14,7% des PPS en milieu rural (p=0,001). Cette situation s'explique par le fait que les PPS de niveau II et III, dans lesquels la gamme de médicaments de santé maternelle est la plus variée et plus disponible sont essentiellement localisés en milieu urbain, tandis que les PPS de niveau I se localisent plus en milieu rural.

Formatted: Font: 12 pt

Formatted: Font: 12 pt, Not Bold

Formatted: Font: 12 pt

Formatted: Font: 12 pt, Not Bold

Tableau 19: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par milieu urbain/rural de résidence

Milieu de résidence	**Pourcentage**		
	Sept médicaments vitaux de santé maternelle/reproductive (dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) disponibles)	Sept médicaments de santé maternelle/reproductive (dont dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) non disponibles	Total (n)
Urbain	50,5	49,5	109
Rural	14,7	85,3	292
Total	**24,4**	**75,6**	**401**

Selon le mode de gestion, le pourcentage de PPS du secteur privé lucratif dans lesquels les sept (7) médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine) au moins sont disponibles était plus élevé (46,7%) que dans les PPS des autres modes de gestion (p=0,002). On note qu'aucun PPS des ONG/Associations ne disposait des sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle (Tableau 20~~Tableau 20Tableau 20~~).

Formatted: Font: 12 pt
Formatted: Font: 12 pt, Not Bold
Formatted: Font: 12 pt
Formatted: Font: 12 pt, Not Bold

Tableau 20: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par gestionnaire de l'établissement

Gestionnaire	**Pourcentage**		
	Sept médicaments vitaux de santé maternelle/reproductive (dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) disponibles	Sept médicaments de santé maternelle/reproductive (dont dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) non disponibles	Total (n)
Gouvernement/public	23,7	76,3	376
Privé lucratif	46,7	53,3	15
Privé non lucratif/confessionnel	25,0	75,0	8
ONG/Association	0,0	100,0	2
Total	**24,4**	**75,6**	**401**

La disponibilité des sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine) semble être liée à la notion de distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche (p=0,002). En effet, Bien qu'elle soit nulle pour les FS situées à une distance comprise entre 30 à 45 Km, les autres FS restent relativement bien fournies avec des pourcentages de disponibilité des sept médicaments vitaux pour la santé

maternelle/reproductive (dont le Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine) variant entre 46,5% (< 5km) et 26,4% (≥ 50km) (Tableau 21Tableau 21Tableau 21).

Formatted: Font: 12 pt
Formatted: Font: 12 pt, Not Bold
Formatted: Font: 12 pt
Formatted: Font: 12 pt, Not Bold

Tableau 21: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services disposant de sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le sulfate de magnésium et l'Ocytocine), par distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche

Distance de l'entrepôt /du centre d'approvisionnement le plus proche	**Pourcentage**		
	Au moins Sept médicaments vitaux pour la santé maternelle/reproductive (dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) disponibles	Sept médicaments pour la santé maternelle/reproductive (dont dont le **Sulfate de Magnésium et l'Ocytocine**) non disponibles	Total (n)
0-4	46,5	53,5	71
5-9	27,3	72,7	33
10-14	13,6	86,4	22
15-19	16,0	84,0	25
20-24	21,1	78,9	19
25-29	17,6	82,4	34
30-35	15,0	85,0	40
35-39	0,0	100,0	2
40-44	9,8	90,2	41
45-49	0,0	100,0	4
≥50	26,4	73,6	110
Total	**24,4**	**75,6**	**401**

3.3.3 Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive

Dans l'ensemble, on constate que « l'absence de la demande » était la principale raison de la non disponibilité des médicaments vitaux de santé maternelle dans les PPS qui en avaient l'autorisation de les offrir. Cette raison est principalement relevée dans 154 PPS sur 299 ne disposant pas du Méthyldopa ; 26/43 ne disposant pas de Benzathine Penincilline ; 25/47 ne disposant pas de Betaméthazone ou Dexaméthazone, et 16/28 ne disposant pas de gluconate de calcium. En plus de l'absence de la demande, 120 PPS sur les 299 et 18 sur les 43 PPS ne disposant pas respectivement du Méthyldopa et du Betaméthazone/Dexamethazone ont déclaré n'avoir jamais eu ces produits en stocks ou ne pas les connaitre (Tableau 22Tableau 22Tableau 22).

Formatted: Font: 12 pt
Formatted: Font: 12 pt, Not Bold
Formatted: Font: 12 pt
Formatted: Font: 12 pt, Not Bold

Tableau 22: Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux de santé maternelle dans les PPS

	Raisons de l'absence des médicaments de santé maternelle											
Raisons de l'absence actuelle	Ampiciline	Benzathine peniciline injectable	Betamethasone/Dexamethazone	gluconate de Calcium injectable	Gentamycine gluconate de gluconate de Calcium	Sulfate de magnésium/Diazepam	Méthyldopa comprimé 250 mg mg	Métronidazole injectable	Nifédipine comp 10 mg	Oxytocine	Chlorure /lactate de sodium	VAT
Retard de livraison	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0
Difficultés administratives	0	0	0	0	0	0	2	0	1	4	0	2
Difficultés financières	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0
Erreur de prévision	0	6	1	0	0	4	3	1	2	1	3	0
Pas de suivi de stock	0	0	0	2	0	1	5	0	0	1	0	1
Rupture de stock à la source d'approvisionnement	0	2	2	2	0	4	8	0	7	0	2	6
Capacité de stockage limitée	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	**7**
Problème de transport	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Jamais eu le produit en stock /ne connait pas le produit.	1	6	18	7	2	2	**120**	0	4	1	0	3
Non demandé/non prescrit	4	26	25	16	1	6	**154**	1	9	0	0	0
Autres	0	1	0	0	0	0	2	0	0	6	0	3
Total	**7**	**43**	**47**	**28**	**5**	**19**	**299**	**3**	**24**	**15**	**9**	**22**

3.4 Non-rupture de stock des méthodes de contraception modernes

3.4.1 Répartition des PPS selon le type de produits contraceptifs en stocks au moment de l'enquête

L'examen des stocks de produits contraceptifs au moment de l'enquête montre que les Injectables et les pilules étaient les produits les plus disponibles avec respectivement 97% et 96% de disponibilité dans PPS enquêtés (Tableau 23~~Tableau 23Tableau 23~~). Ils sont suivis par les Implants (89%), les préservatifs (85%), et enfin le DIU (78%). Il faut cependant noter que contrairement aux autres produits contraceptifs, les Implants et le DIU n'ont pas été considérés dans les CSPS qui sont classés dans les PPS de niveau primaire.

Tableau 23: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services selon le type de produit contraceptif en stock au moment de l'enquête.

Ventilation	Type de produits contraceptifs modernes en stocks au moment de l'enquête					
	Effectif (n)	Préservatifs masculin Ou féminin	Pilules	injectables	DIU	Implants
Type d'établissement						
Niveau primaire	335	87,8	97	99	72,2	83,3
Niveau secondary	62	69,4	87	85	75,8	88,7
Niveau Tertiaire	11	90,9	100	100	100,0	100,0
Région administrative						
Centre	42	40,5	69	81	68,0	64,0
Centre Ouest	35	94,3	97	94	80,0	100,0
Centre Sud	24	91,7	96	100	100,0	100,0
Plateau Central	27	85,2	93	100	66,7	100,0
Boucle du Mouhoun	44	100,0	100	100	87,5	87,5
Cascades	18	100,0	100	100	66,7	100,0
Hauts Bassins	42	85,7	100	100	80,0	100,0
Centre Nord	28	89,3	100	100	100,0	100,0
Centre Est	33	87,9	100	100	66,7	100,0
Est	31	93,5	100	100	100,0	100,0
Nord	41	75,6	100	98	83,3	100,0
Sahel	20	95,0	100	100	80,0	100,0
Sud Ouest	23	91,3	100	100	60,0	100,0
Milieu de résidence						
Urbain	116	75,9	91	92	77,9	88,4
Rural	292	88,7	98	99	80,0	100,0
Gestionnaire						
Public/gouvernement	378	89,4	98	99	83,3	98,5
Privé lucrative	16	18,8	50	56	66,7	60,0
Privé non lucratif/confessionnel	7	14,3	100	100	42,9	57,1
ONG/Association	7	71,4	0	0	100,0	100,0
Distance avec le centre d'approvisionnement le plus proche en km)						
0-4	74	85,1	97	97	76,9	94,2
5-9	32	71,9	84	88	73,3	73,3
10-14	25	72,0	92	96	75,0	50,0
15-19	25	80,0	92	92	100,0	66,7
20-24	19	78,9	95	95	100,0	100,0

25-29	34	82,4	94	100	100,0	100,0
30-35	40	77,5	98	100	100,0	100,0
35-39	2	100,0	100	100	0,0	0,0
40-45	41	90,2	98	100	0,0	100,0
45-49	4	75,0	75	100	0,0	0,0
≥50	112	95,5	100	99	90,9	100,0
Total	**408**	**85,0**	**96**	**97**	**78,0**	**89,0**

3.4.2 Disponibilité de toute la gamme de produits contraceptifs modernes au moment de l'enquête

Bien que pris individuellement les méthodes contraceptives aient une bonne disponibilité au moment de l'enquête, moins d'un tiers (30,1%) des PPS enquêtés en 2012 disposaient de toutes les méthodes contraceptives offerts à leurs clients dans leurs stocks. Ce constate est valable quelque soit le type de PPS (Tableau 24~~Tableau 24Tableau 24~~).

Tableau 24: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par type d'établissement

Milieu de résidence	Pourcentage		
	Toute la gamme de contraceptifs offerts est en stock au moment de l'enquête	Au moins un produit de contraception offert est en rupture de stock au moment de l'enquête	Total (n)
Niveau primaire	30,7	69,3	335
Niveau secondaire	25,8	74,2	62
Niveau Tertiaire	36,4	63,6	11
Total	**30,1**	**69,9**	**408**

En examinant la disponibilité de toute la gamme de méthodes contraceptives offertes par le PPS selon les régions administratives, on note que seules trois (3) régions disposaient de toute la gamme proposée dans plus de 50% de leurs PPS. Il s'agit des régions de l'EST (58%), de Centre-Ouest (51%) et des Cascades (50%). En revanche, certaines régions étaient particulièrement moins bien fournies en gamme de produits contraceptifs, comme la région du Plateau-Central (03,7% de disponibilité de toutes les méthodes contraceptives offertes dans les PPS) et la région du Centre-Est (06,1% de disponibilité) (**Tableau 25~~Tableau 25Tableau 25~~**).

Tableau 25: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par division administrative (région)

Région administrative	**Pourcentage**		
	Toute la gamme de contraceptifs offerts est en stock au moment de l'enquête	Au moins un produit de contraception offert est en rupture de stock au moment de l'enquête	Total (n)
Centre	14,3	85,7	42
Centre Ouest	**51,4**	48,6	35
Centre Sud	29,2	70,8	24
Plateau Central	**03,7**	96,3	27
Boucle du Mouhoun	36,4	63,6	44
Cascades	**50,0**	50,0	18
Hauts Bassins	26,2	73,8	42
Centre Nord	25,0	75,0	28
Centre Est	**06,1**	93,9	33
Est	**58,1**	41,9	31
Nord	29,3	70,7	41
Sahel	25,0	75,0	20
Sud Ouest	47,8	52,2	23
Total	**30,1**	**69,9**	**408**

La répartition géographique des PPS dans lesquels toutes les méthodes de contraception modernes offertes aux clients sont disponibles est présentée à la Figure 4~~Figure 4~~~~Figure 4~~.

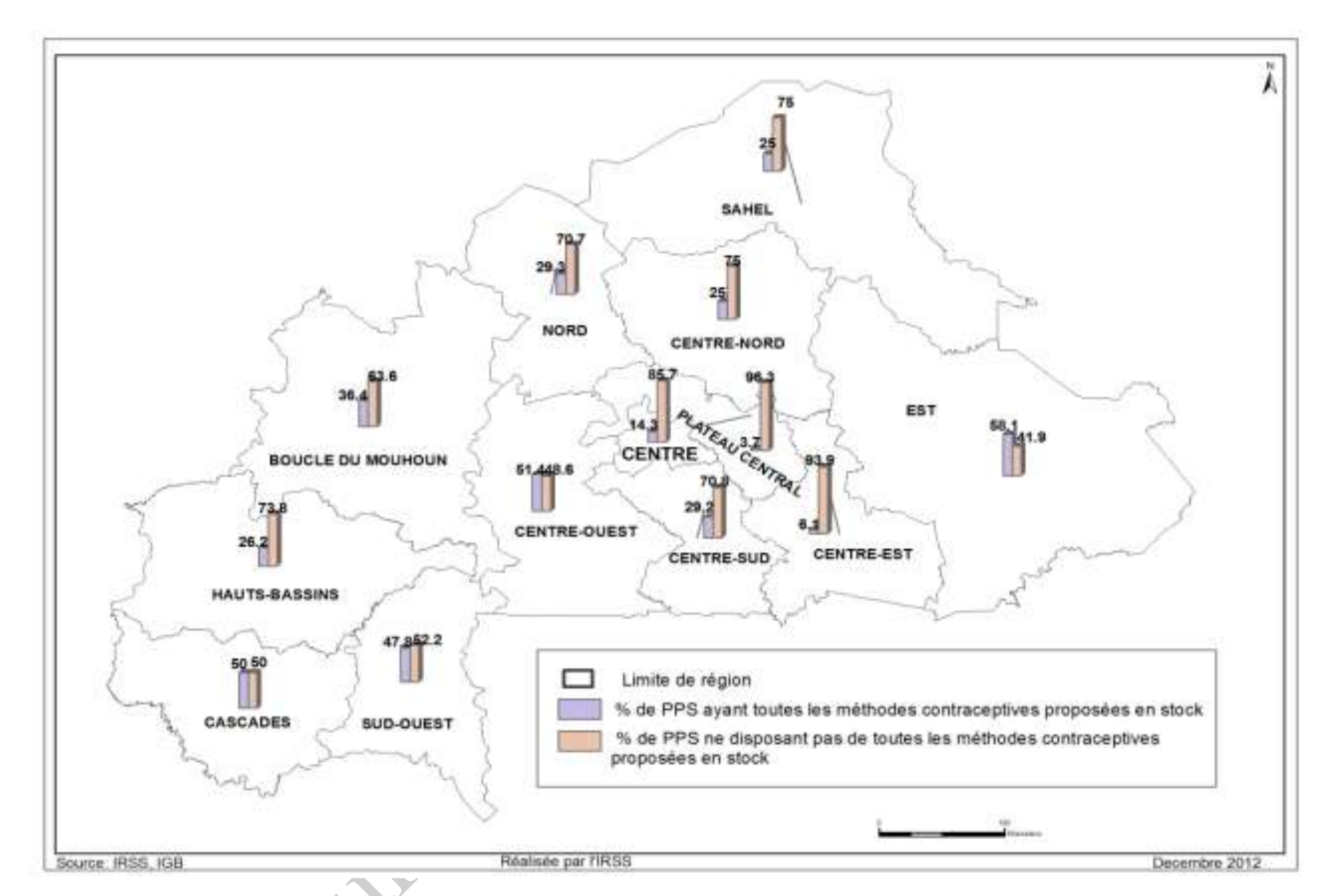


Figure 4: Répartition géographique des pourcentages de PPS dans lesquels toutes les méthodes de contraception modernes offertes aux clients étaient en stocks au moment de l'enquête.

Le Tableau 26~~Tableau 26Tableau 26~~ montre que la disponibilité des tous les moyens contraceptifs que les PPS offraient à leur clients étaient moindre en milieu urbain (26,7%) qu'en milieu rural (31,5%).

Formatted: Font: Not Bold

Formatted: Font: Not Bold

Tableau 26: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par milieu urbain/rural de résidence

Milieu de résidence	Pourcentage		
	Toute la gamme de contraceptifs offerts est en stock au moment de l'enquête	Au moins un produit de contraception offert est en rupture de stock au moment de l'enquête	Total (n)l
Urbain	26,7	73,3	116
Rural	31,5	68,5	292
Total	**30,1**	**69,9**	**408**

Selon le mode de gestion de PPS, les résultats montrent qu'aucun PPS du secteur privé lucratif ne disposait en stocks de toutes les méthodes contraceptives qu'il propose au client au moment de l'enquête (**Tableau 27~~Tableau 27Tableau 27~~**), contre 14,3% et 31% et 71,4% respectivement pour les PPS du secteur privé non lucratif ou confessionnel, du secteur public (gouvernement), et des ONG/Associations.

Cette situation constatée dans le secteur privé lucratif pourrait s'expliquer par le fait que ce type de PPS sont généralement localisés en milieu urbain et cohabitent avec des officines pharmaceutiques dans lesquelles s'approvisionnent leur clientèle après prescription médicale.

Tableau 27: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par type de gestion de l'établissement

Milieu de résidence	Pourcentage

	Toute la gamme de contraceptifs offerts est en stock au moment de l'enquête	Au moins un produit de contraception offert est en rupture de stock au moment de l'enquête	Total (n)
Gouvernement/public	31,0	69,0	378
Privé lucratif	0,0	100,0	16
Privé non lucratif/confessionnel	14,3	85,7	7
ONG/Association	71,4	28,6	7
Total	**30,1**	**69,9**	**408**

Tableau 28: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services ayant des méthodes de contraception modernes en stock au moment de l'enquête, par distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche

Distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche(en km)	**Pourcentage**		
	Toute la gamme de contraceptifs offerts est en stock au moment de l'enquête	Au moins un produit de contraception offert est en rupture de stock au moment de l'enquête	Total (n)
0-4	29,7	70,3	74
5-9	18,8	81,3	32
10-14	40,0	60,0	25
15-19	32,0	68,0	25
20-24	15,8	84,2	19
25-29	17,6	82,4	34
30-35	25,0	75,0	40
35-39	100,0	0,0	2
40-45	22,0	78,0	41
45-49	0,0	100,0	4
≥50	42,0	58,0	112
Total	**30,1**	**69,9**	**408**

3.4.3 Aucune rupture de stock de produits contraceptifs modernes offerts au cours des six (6) derniers mois

De 12,3% de PPS n'ayant pas connu de rupture de stock de produit contraceptif moderne quelconque durant les 6 derniers mois précédents l'enquête en 2011 (Figure 5Figure 5Figure 5), cette proportion est passée à **25,1% en 2012**, témoignant une augmentation d'un peu plus de 100% entre les deux enquêtes.

L'analyse selon le type de PPS ne montre pas de différences notables (25,5% pour les PPS de niveau I, 22,6% pour les PPS de niveau II et 27,3% pour ceux du niveau III, *p=0,86*) (Tableau 29Tableau 29Tableau 29).

Il convient cependant de noter que entre 2011 et 2012, si les PPS de niveau I et III ont fait des progrès en ce qui concerne les ruptures de produits contraceptifs durant les 6 derniers mois (10% et 10% en 2011 à 25,5% et 27,3% respectivement en 2012), les PPS de niveau II ont au contraire régressé passant de 23,7% en 2011 à 22,6% de non rupture en 2012.

Tableau 29: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des méthodes de contraception modernes au cours des six derniers mois, par type d'établissement

TYPE DE PPS	Pourcentage		
	Aucune rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Au moins une rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Total (n)
Niveau primaire	25,5	74,5	310
Niveau secondaire	22,6	77,4	53
Niveau Tertiaire	27,3	72,7	11
Total	**25,1**	**74,9**	**374**

En prenant la région comme variable, on note que sur les 13 régions administratives que compte le pays, 12 régions ont des PPS à des pourcentages varibales n'ayant pas connu de rupture de stocks d'un produit contraceptif quelconque durant les 6 derniers mois (44,4% des PPS dans la régions des Cascades, 38,2% dans la région du centre Ouest, 35,5% dans la région de l'Est, 21,4% dans les Hauts-Bassins et le Centre-Nord, et 13,3% dans le Sahel, etc.) (p=0,04). La seule région dans laquelle, tous les PPS ont connu au moins une rupture de stocks d'un produit contraceptif est la région du Plateau Central (Tableau 30Tableau 30Tableau 30).

Tableau 30: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des moyens de contraception modernes au cours des six derniers mois, par division administrative (région)

Division administrative (région)	Pourcentage		
	Aucune rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Au moins une rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Total (n)
Centre	17,2	82,8	29
Centre Ouest	**38,2**	61,8	34
Centre Sud	26,1	73,9	23
Plateau Central	**0,0**	100,0	21
Boucle du Mouhoun	27,3	72,7	44
Cascades	**44,4**	55,6	18
Hauts Bassins	21,4	78,6	42
Centre Nord	21,4	78,6	28
Centre Est	19,4	80,6	31
Est	**35,5**	64,5	31
Nord	31,6	68,4	38
Sahel	13,3	86,7	15
Sud-Ouest	20,0	80,0	20
Total	25,1	74,9	374

En comparant la situation de non-rupture de stocks durant les 6 derniers mois en 2011 à celle de 2012, il ressort qu'en 2012, dix (10) régions sur 13 ont enrégistré des progrès contre 3 régions où la situation semble s'être agravée : la région du plateau central (0,0% en 2011 et 2012), la région du Sahel (40% en 2011 contre 13,3% en 2012), et la région des hauts-bassins (27,8% en 2011 contre 21,4% en 2012. Les régions du Nord et du centre-Nord sont plus ou moins restées stable (Figure 4Figure 4Figure 4). Aussi, de cinq (5) régions dans lesquelles tous les PPS avaient connu au moins une rupture de stocks de produits contraceptifs en 2011, ce nombre s'est reduit à une (1) région en 2012.

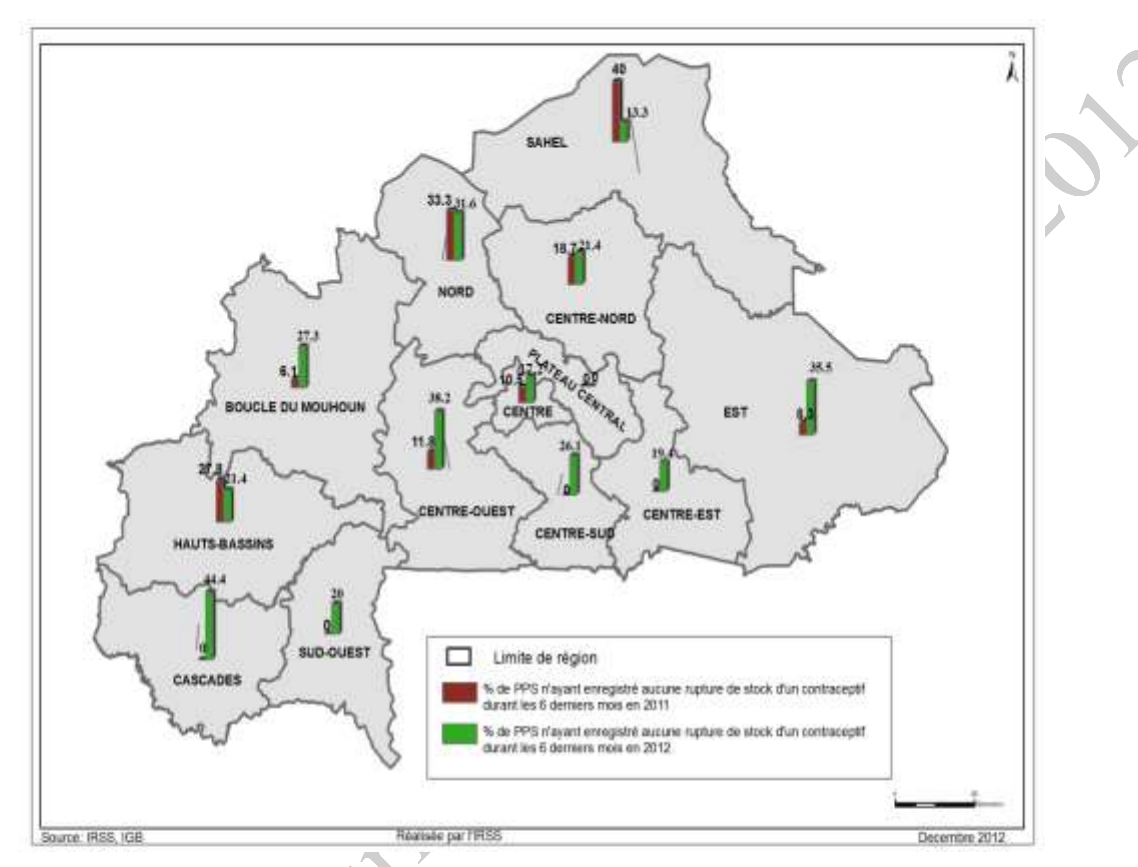


Figure 5: Cartographie comparant les situations de non-rupture de stocks de produits contraceptifs durant les 6 derniers dans les régions entre l'enquête de 2011 et celle de 2012

Formatted: xl57, Line spacing: 1.5 lines

Contrairement aux six (6) derniers mois précédant l'enquête de 2011, les PPS localisés en milieu rural ont enregistré moins de ruptures de stocks de produits contraceptifs durant la période précédant l'enquête de 2012 que ceux localisés en milieu urbain. En effet, avec 9,3% des PPS en milieu rural et 17,9% des PPS en milieu urbain n'ayant pas enregistré de rupture de stocks d'un produit contraceptif durant les 6 derniers mois en 2011; ces pourcentages sont passés à 26,8% pour le milieu rural contre 20,6% pour le milieu urbain en 2012 (

Tableau 31

~~Tableau 31~~

~~Tableau 31~~).

Formatted: xl57, Justified, Line spacing: 1.5 lines

Formatted: Justified, Space Before: 0 pt, After: 0 pt, Font Alignment: Auto

Tableau 31: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des méthodes de contraception modernes au cours des six derniers mois, par milieu urbain/rural de résidence

Milieu de résidence	Pourcentage		
	Aucune rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Au moins une rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Total (n)
Urbain	20,6	79,4	102
Rural	26,8	73,2	272
Total	**25,1**	**74,9**	**374**

Tout comme selon la localisation rurale ou urbaine, la disponibilité des produits contraceptifs au cours des six (6) derniers mois s'est améliorée entre l'enquête de 2011 et celle de 2012 selon le mode de gestion des PPS, excepté dans les PPS du secteur privé lucratif (0,0% en 2011 et 0,0% en 2012). De 12,4% des PPS du secteur public en 2011 n'ayant pas connu de rupture de stocks de contraceptifs

durant les 6 derniers mois en 2011, ***ils sont à 25,1% en 2012***. Les PPS gérés par les privés non lucratif/confessionnel et par les ONG/associations sont respectivement passés de 0,0% et 33,3% en 2011 à 20,0% et 66,7% en 2012 (**Tableau 32~~Tableau 32~~~~Tableau 32~~**).

Tableau 32: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des méthodes de contraception modernes au cours des six derniers mois, par gestionnaire de l'établissement

Gestionnaire	Pourcentage		
	Aucune rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Au moins une rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Total (n)
Gouvernement/public	25,1	74,9	354
Privé lucratif	0,0	100,0	9
Privé non lucratif/confessionnel	20,0	80,0	5
ONG/Association	66,7	33,3	6
Total	**25,1**	**74,9**	**374**

La situation des non-ruptures de stocks d'un produit contraceptif quelconque dans les PPS semble être associée à la distance les séparant de leur principale source d'approvisionnement la plus proche (p=0,02). Mais la logique qui voudrait que les PPS les moins éloignés de leur sources d'approvisionnement enrégistrent moins de ruptures detocks du fait de la proximité n'est cependant pas respectée. La plupart des PPS distants de plus de 5 km de leur sources d'approvisionnement ont connu moins de rupture de stocks de produits contraceptifs durant les 6 derniers mois que ceux situés à une distance moindre (**Tableau 33~~Tableau 33~~~~Tableau 33~~**). Aussi, à plus de 50 Km de la source d'approvisionnement les ruptures de produits contraceptifs ont été moins enrégistrées durant les 6 derniers mois dans les CSPS qu'a des distances moins éloignées. .

Tableau 33: Distribution (en pourcentage) des centres de prestation de services n'ayant enregistré aucune rupture de stock des méthodes de contraception

modernes au cours des six derniers mois, par distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche

Distance de l'entrepôt/du centre d'approvisionnement le plus proche(en km)	Pourcentage		
	Aucune rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Au moins une rupture de stock d'un produit contraceptif moderne au cours des 6 derniers mois	Total (n)
0-4	17,4	82,6	69
5-9	25,9	74,1	27
10-14	36,4	63,6	22
15-19	26,1	73,9	23
20-24	17,6	82,4	17
25-29	9,4	90,6	32
30-35	25,6	74,4	39
35-39	100,0	0,0	2
40-45	22,9	77,1	35
45-49	0,0	100,0	3
≥50	33,3	66,7	105
Total	**25,1**	**74,9**	**374**

3.5 Non-rupture de stock de médicaments vitaux de santé maternelle au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête

Le

Tableau 34

Tableau 34

Tableau 34 ci-dessous montre que les médicaments les plus disponibles dans les PPS au cours des six (6) derniers mois précédant l'enquête, sont par ordre décroissant : l'ampicilline injectable (95%), le Gluconate de sodium ou Ringer lactate (94%), la Gentamycine

Formatted: Normal, Line spacing: 1.5 lines

Formatted: Normal, Line spacing: 1.5 lines

Formatted: Normal, Line spacing: 1.5 lines

injectable (92%) et le métronidazole injectable (90%). Les deux principaux médicaments essentiels à savoir le ***Sulfate de magnésium et l'ocytocine*** n'ont pas connu de rupture de stocks au cours des 6 derniers mois dans 87% des PPS (

Tableau 34

~~Tableau 34~~

~~Tableau 34~~). Certains médicaments comme le Méthyldopa comprimé (22%) et le Bétaméthazone/dexaméthazone ont été les moins disponibles au cours des 6 derniers mois (22% et 40% respectivement).

Formatted: Normal, Justified, Line spacing: 1.5 lines

Formatted: Justified

Tableau 34: Distribution des PPS n'ayant pas connu de rupture de stocks durant les 6 derniers mois par type de médicament de santé maternelle

Ventilation	Pas de rupture de stocks durant les 6 derniers mois précédant l'enquête																
	Ampiciline	Azithromycine	Benzathinebenzylpénicilline	Soit Bétaméthasone soit Dexaméthasone	Glucote de Calcium	Céfixime	Gentamicine	Hydralazine	Sulfate de mégnésium[24]	Méthyldopa	Métronidazole	Mifepristone	Misoprostole	Nifédipine	Ocytocine	Chlorure de Sodium soit solution de lactate	VAT
Type d'établissement																	
Niveau primaire	96	NA	87	33	31	NA	100	NA	93	18	NA	NA	NA	36	86	94	93
Niveau secondaire	88	NA	62	41	68	NA	88	NA	54	43	89	NA	NA	63	93	97	73
Niveau Tertiaire	100	NA	91	45	82	NA	100	NA	70	45	91	NA	NA	82	82	100	45
Total	95	NA	83	40	64	NA	92	NA	87	22	90	NA	NA	62	87	94	89
Division administrative																	
Centre	85	NA	36	35	43	NA	76	NA	79	13	76	NA	NA	38	93	88	78
Centre Ouest	91	NA	80	60	100	NA	100	NA	91	23	100	NA	NA	40	83	89	97

[24] Ou Diazépam injectable dans les CSPS

Centre Sud	92	NA	91	00	100	NA	67	NA	83	00	67	NA	NA	67	79	96	92
Plateau Central	85	NA	81	00	67	NA	100	NA	70	4	67	NA	NA	67	85	70	89
Boucle du Mouhoun	100	NA	91	14	86	NA	100	NA	93	34	100	NA	NA	100	98	100	86
Cascades	100	NA	100	67	100	NA	100	NA	100	56	100	NA	NA	100	100	100	100
Hauts Bassins	100	NA	71	75	88	NA	100	NA	89	62	100	NA	NA	88	70	100	95
Centre Nord	100	NA	96	100	75	NA	100	NA	86	14	100	NA	NA	100	88	96	81
Centre Est	100	NA	88	20	60	NA	100	NA	84	13	100	NA	NA	40	91	97	100
Est	100	NA	97	25	25	NA	88	NA	87	16	100	NA	NA	75	87	100	81
Nord	95	NA	92	33	67	NA	100	NA	98	15	100	NA	NA	80	90	93	95
Sahel	90	NA	84	60	40	NA	100	NA	79	25	75	NA	NA	40	75	100	74
Sud Ouest	91	NA	96	40	80	NA	100	NA	87	9	100	NA	NA	40	87	100	86
Total	95	NA	83	40	64	NA	92	NA	87	22	90	NA	NA	62	87	94	89
Gestionire		NA															
Gouvernement/public	96	NA	86	39	67	NA	98	NA	89	23	90	NA	NA	69	86	95	91
Privé lucratif	67	NA	27	50	57	NA	64	NA	53	7	93	NA	NA	36	93	87	60
Privé non lucratif/confessionnel	88	NA	38	33	50	NA	83	NA	71	38	67	NA	NA	50	100	88	50
ONG/Association	100	NA	100	00	00	NA	00	NA	100	00	00	NA	NA	00	100	100	00
Total	95	NA	83	40	64	NA	92	NA	87	22	90	NA	NA	62	87	94	89
Milieu de résidence																	
Urbain	94	NA	70	40	66	NA	91	NA	71	38	90	NA	NA	62	92	95	72
Rural	95	NA	88	50	25	NA	100	NA	93	16	00	NA	NA	50	85	94	95
Distance avec le centre d'approvisionnement le plus proche en km)																	
0-4	96	NA	78	28	64	NA	96	NA	71	37	88	NA	NA	60	93	96	64
5-9	91	NA	58	67	54	NA	69	NA	84	30	92	NA	NA	62	85	91	85

10-14	86	NA	77	33	67	NA	67	NA	77	9	67	NA	NA	33	77	91	86
15-19	96	NA	88	67	67	NA	100	NA	84	24	100	NA	NA	33	80	92	96
20-24	100	NA	88	100	100	NA	100	NA	95	11	100	NA	NA	100	95	100	100
25-29	100	NA	94	100		NA	100	NA	97	15	100	NA	NA	100	91	91	91
30-35	90	NA	85	100	100	NA	100	NA	88	15	00	NA	NA	00	88	95	98
35-39	100	NA	50	00	00	NA	00	NA	100	50	00	NA	NA	00	100	100	100
40-45	95	NA	80	50	50	NA	100	NA	100	15	00	NA	NA	100	80	88	98
45-49	100	NA	100	00	00	NA	00	NA	75	00	00	NA	NA	00	75	100	100
≥50	95	NA	90	44	78	NA	100	NA	92	23	100	NA	NA	78	87	97	95
Total	94,8	NA	83	40,2	63,9	NA	91,6	NA	87,2	22,2	89,7	NA	NA	61,7	86,9	94,3	88,9

3.6 Raisons de l'absence de rupture de stocks

L'examen des résultats montre que les variables associées à l'absence de rupture de stocks des produits contraceptifs sont la région administrative (p=0,04), le mode de gestion (p=0,033) et la distance avec la source d'approvisionnement (p=0,02). En ce qui concerne les médicaments vitaux de santé maternelle, il ressort que les facteurs associés à cette absence de rupture de stocks étaient le type PPS (p=0,001), la région administrative (p=0,001), le milieu de résidence (p=0,001) et la distance avec la source d'approvisionnement en médicaments (p=0,02).

En complement de ces facteurs, nous avons examiner les principales raisons des ruptures de stocks des produits contraceptifs et des médicaments vitaux afin de décéler d'éventuelles justificatifs des situations de non rupture de stocks. Ainsi, l'analyse des données montre que les raisons les plus fréquemment citées pour les ruptures à un moment quelconque au cours des six (6) derniers mois sont :

- Les erreurs dans la gestion des stocks (pas de suivi, erreur de prévision et la rupture de stocks à la source d'approvisionnement) pour le sulfate de magnésium, l'ocytocine, le Benzathine Benzyl Pénicilline et l'ampicilline.
- L'absence de la demande (ou médicament non prescrit) pour le Méthyldopa et le Betaméthazone/Dexaméthazone, et le Benzathine Benzyl Pénicilline
- Les limites des capacités de stockage pour le vaccin antitétanique et l'ocytocine

4E PARTIE : CONCLUSION

4.1 Résumé des conclusions

L'enquête sur la disponibilité des méthodes de contraception modernes et des médicaments vitaux de santé maternelle en 2012 au Burkina Faso a montré une amélioration des indicateurs par rapport à ceux observés durant l'enquête de 2011. Les principales conclusions issues de la dite enquête peuvent se résumer comme suit :

- La **presque totalité (99,5%) des PPS enquêtés proposait au moins trois (3) méthode de contraception modernes en 2012** contre 90,3% en 2011. Cette amélioration a été constatée quelque soit le type de PPS, la région administrative, le mode de gestion des PPS et la localisation urbain ou rural des PPS.

- Le pourcentage de PPS dans lesquels toute la gamme de produits contraceptifs proposés aux clients (tous les produits proposés sont en stock) était disponible au moment de l'enquête de 2012 est de **30,1%.**

- Le pourcentage de PPS n'ayant pas connu de rupture de stocks d'un produit contraceptif quelconque durant les 6 derniers mois précédents l'enquête est **passée à 25,1% en 2012** contre 12,3% pour la même période de l'année 2011.

- Le pourcentage de PPS dans lesquels au moins sept (7) médicaments vitaux de santé maternelle (dont le Sulfate de magnésium et l'ocytocine) sont disponibles durant l'enquête de 2012 est de **24,4%** au niveau national[25].

[25] La comparaison avec les données de 2011 n'a pas été possible du fait du changement de la liste des médicaments vitaux en 2012 (En 2011, seulement **11,7% des PPS enquêtées disposaient d'au moins cinq (5) médicaments vitaux de santé maternelle** incluant l'amoxicilline, l'ocytocine et le sulfate de magnésium.

- Le pourcentage de PPS n'ayant pas connu de rupture de stocks des deux principaux médicaments vitaux de santé maternelle (**sulfate de magnésium (ou diazepam) et Ocytocine**) au moment de l'enquête est de **91,1%.**

- Le pourcentage de PPS n'ayant pas connu de rupture de stocks des deux principaux médicaments vitaux de santé maternelle (sulfate de magnésium (ou diazépam) et Ocytocine) au cours des 6 derniers mois est de **74%.**

- Les raisons pour lesquelles certaines méthodes contraceptives sont absents dans les PPS qui en ont l'autorisation d'en offrir sont principalement le manque de prestataire qualifiés (DIU et implants) ; et l'absence de la demande (Ligature des trompes et vasectomie) ;

Tableau 35: Résultats des principaux indicateurs renseignés par l'enquête 2012

Indicateurs sur l'offre et la disponibilité des contraceptifs et des médicaments de santé maternelle		Année 2012
Pourcentage de PPS offrant au moins trois méthodes contraceptives modernes		**99,5%**
Pourcentage de PPS dans lesquels tous les produits contraceptifs proposés aux clients étaient en stocks au moment de l'enquête de 2012		**30,1%**
Pourcentage de PPS n'ayant pas connu une rupture de stock d'un produit contraceptif moderne quelconque offerts aux usagers au cours des 6 derniers mois.		**25,1%**
Pourcentage de PPS du Burkina Faso dans lesquels au moins 7 médicaments vitaux de santé maternelle (dont le sulfate de Magnésium et l'ocytocine) sont disponibles		**24,4%**
Pourcentage de PPS n'ayant pas connu une rupture de stock des deux principaux médicaments esentiels de santé maternelle (sulfate de magnésium et ocytocine) offerts aux usagers au moment de l'enquête.		**91,1%**
Pourcentage de PPS n'ayant pas connu une rupture de stock des deux principaux médicaments esentiels de santé maternelle (sulfate de magnésium et ocytocine) offerts aux usagers au cours des 6 derniers mois.		**74%**
Distance entre les points de prestation de services et les sources d'approvisionnement en produits contraceptifs modernes et de santé maternelle au niveau national.		Médiane : 25 Km (8, 50)
Principales raisons de l'absence de certaines méthodes contraceptives et produits de santé maternelle		
Principales raisons pour lesquelles certaines méthodes de contraception moderne ne sont pas offertes dans les formations sanitaires.	**Méthodes contraceptives**	**Raison**
	Préservatif féminin	Non démandé (89,1%)
	DIU	Pas de prestataire qualifié (80,4%)
	Implants	Pas de prestataire qualifié (89,7%)
	Ligature des trompes	Pas de prestataire qualifié (46,7%), méthode non demandé (46,7%)
	Vasectomie	Méthode non demandé (56,8%) ; Pas de prestataire qualifié (35,1%)
Principales raisons pour lesquelles certains produits de santé maternelle ne sont pas offerts dans les formations sanitaires.	**Médicaments de santé maternelle**[26]	**Raisons**
	Benzathine benzyl Penincilline	Médicament non demandé (26/43)
	Bétaméthazone/dexamethazone	Médicament non demandé (26/43)

[26] La Cefixime n'est pas listée dans la liste nationale des médicaments essentiels (existe seulement dans le circuit privé de distribution), le Sulfate de Magnésium et le Métronidazole injectable ne sont pas recommandés dans les PPS de niveau primaire (CSPS,..), l'Azithromycine et le Clotrimazole sont essentiellement retrouvés dans le circuit privé de distribution.

	Gluconate de calcium injectable	Médicament non demandé (16/28)
	Méthyldopa comprimé	Médicament non demandé (154/299) ; jamais eu le produit en stocks (120/299)
	Nifédipine comprimé	Médicament non demandé (9/24)
	Sulfate de Magnesium	Médicament non demandé (6/19) ; erreur de gestion de stocks (8/19)
	Ocytocine injectable	

4.2 Recommandations

Au regard des resultats obtenus, les recommandations suivantes peuvent être formuler à l'endroit du ministère de la santé :

- Rentre opérationnelle l'offre des méthodes contraceptives de longue durée d'action comme le DIU et les Implants dans les formations sanitaires de premier niveau conformément à l'édition 2012 de la Liste nationale des médicaments essentiels (LNME-2012). Cette opérationnalisation pourrait se traduire par le renforcement des capacités des prestataires de service de PF pour l'offre de ces méthodes.

- Renforcer la participation du secteur privé dans l'offre et la sécurisation des produits de contraception modernes : il est ressorti que les PPS du secteur privé sont ceux qui offraient moins de produits contraceptifs modernes et aussi ceux qui avaient enregistrés le plus de rupture de stocks de ces produits.

- Inviter les régions administratives notamment les moins performants en terme de sécurisations des produits contraceptifs (régions du Plateau Central, du Sahel, du Centre, et du centre Nord) à plus d'efforts pour l'atteinte des objectifs du plant stratégique de sécurisation des produits SR.

- Envisager l'intégration dans la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) les médicaments vitaux de santé maternelle de la liste actualisé de l'OMS-2012 non encore pris en compte dans la LNME (Mefipristone, Hydralazine, Misoprostol), sur les produits vitaux de santé maternelle.

- Rendre effectif la distribution du Cefixime dans le circuit classique d'approvisionnement des PPS en médicaments essentiels notamment le circuit de distribution de la Central d'Achat des Médicament Essentiel et générique (CAMEG) : le cefixime est un

médicament pris en compte dans la LNME dans sa version 2012, mais sa disponibilité dans le circuit des médicaments essentiels n'est pas encore effectif.

- Elaborer des protocoles d'emploi de chacun des médicaments vitaux de santé maternelle au profit des PPS dans le cadre la réduction de la mortalité maternelle en prenant en compte l'indication, le mode d'emploi, et les précautions d'utilisation de chacun d'eux: il a été relevé que l'une des raisons principales de l'absence de certains médicaments de santé maternelle (notamment le Méthyldopo) est l'absence de la demande ou la méconnaissance du produit, l'élaboration d'un protocole d'utilisation pourrait aider à mieux connaitre l'intérêt de ces produits et de sécuriser leur emploi dans le cadre de la santé maternelle.
- Evaluer la demande et l'acceptabilité du préservatif féminin au sein des populations pour mieux orienter sa place dans l'approvisionnement et l'offre des méthodes contraceptives dans les points de prestation de service de planification familiale. En effet, il est ressorti des enquêtes de 2011 et 2012 une faible disponibilité du préservatif féminin dans les PPS avec pour principale raison, la faiblesse de la demande. Aussi, certains PPS qui en disposaient dans le cadre de la sécurisation de produits SR les avaient périmés et n'ont plus trouvé nécessaire de renouveler leurs stocks. La conséquence de cette situation est la baisse des indicateurs de sécurisation des produits SR incluant le préservatif féminin.

BIBLIOGRAPHIE

- **INSD (2006) :** Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH), Burkina Faso 2006.

- **INSD/**Macro International Inc. (2010) : Enquête Démographique et de Santé (EDSBIV) - Burkina Faso 2010.

- **IRSS/CNRST** : Base de données de l'enquête sur les Besoins en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence, Burkina, 2010.

- **Maine D, Murat Z, Akalin M. Z., Ward V. M., Kamara A**. (1997). La Conception et l'Evaluation des Programmes de Prévention de la mortalité Maternelle. New York: New: New York: Centre de Santé des Populations et de la Famille, Université de Columbia.

- **Ministère de la Santé (2010)**. Annuaire des statistiques sanitaires 2010

- **Ministère de la Santé/DGPML (2012) :** Liste Nationale des Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels. Burkina Faso, Edition 2012.

- **Ministère de la Santé/DSF (2005)**: Plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs 2005-2015., Burkina Faso, 2005.

- **Ministère de la Santé/DSF (2006**). Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale, 2006-2015., Burkina Faso, 2006.

- **Ministère de la Santé/DSME (2011) :** Directive pour la mise en œuvre du programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015. Burkina Faso, 2011.

- **UNICEF, OMS, UNFPA (1997**). Lignes Directrices pour la Surveillance de la Disponibilité et l'Utilisation des Services Obstétricaux, New-York, Unicef

- **WHO (2009).** Monitoring emergency obstetric care: Handbook. Geneva: WHO 2009.

- **WHO/EMP/MAR/2012.1:** Priority life-saving medicines for women and children 2012

ANNEXES



Annexe 1: Répartitition géographique (en pourcentage) des PPS offrant au moins trois moyens de contraception modernes, par division administrative (région)

Annexe 2: Distribution (en pourcentage) des points de prestation de services selon le type de produit contraceptif n'ayant pas été en rupture de stocks au cours des 6 derniers mois.

Ventilation	Type de produits contraceptifs modernes n'ayant pas été en rupture de stocks au cours des 6 derniers mois (%)					
	Effectif (n)	Préservatifs masculin Ou féminin	Pilules	injectables	DIU	Implants
Type d'établissement						
Niveau primaire	335	82	91	90	69	63
Niveau secondary	62	68	81	79	69	77
Niveau Tertiaire	11	82	100	100	100	64
Région administrative						
Centre	42	41	80	74	80	100
Centre Ouest	35	86	79	92	100	67
Centre Sud	24	84	81	85	67	67
Plateau Central	27	82	100	95	86	86
Boucle du Mouhoun	44	91	100	95	86	86
Cascades	18	100	100	100	67	100
Hauts Bassins	42	86	100	95	80	82
Centre Nord	28	90	100	89	100	100
Centre Est	33	85	94	97	67	83
Est	31	84	97	81	88	63
Nord	41	74	98	83	83	83
Sahel	20	90	100	95	80	80
Sud Ouest	23	74	87	96	60	80
Milieu de résidence						
Urbain	116	74	86	84	75	76
Rural	292	83	91	90	40	33
Gestionnaire						
Public/gouvernement	378	85	92	90	80	79
Privé lucrative	16	19	56	44	53	53
Privé non lucratif/confessionnel	7	15	71	71	33	40
ONG/Association	7	72	86	100	100	100
Distance avec le centre d'approvisionnement le plus proche en km)						
0-4	74	82	89	86	73	76
5-9	32	69	81	81	71	57
10-14	25	68	88	92	50	50
15-19	25	68	80	84	67	33
20-24	19	79	89	95	100	67
25-29	34	77	91	85	100	100

30-35	40	73	90	93	100	100
35-39	2	100	100	100	0	0
40-45	41	81	93	93	0	50
45-49	4	75	75	100	0	0
≥50	112	92	95	88	91	100
Total	**408**	**81**	**90**	**88**	**73**	**73**

Annexe 3: Distribution des PPS dans lesquelles les deux principaux médicaments de santé maternelle (Sulfate de Magnésium et Ocytocine) étaient en stock au moment de l'enquête

	Effectif	**Disponibilité du Sulfate de Magnésium et de l'ocytocine au moment de l'enquête**	
		Sulfate de Magnésium et Ocytocine en stock au moment de l'enquête (%)	Sulfate de Magnésium ou Ocytocine en rupture de stock au moment de l'enquête (%)
TYPE DE PPS			
Niveau primaire	316	94,0	6,0
Niveau secondaire	57	73,7	26,3
Niveau Tertiaire	10	100,0	,0
Total	383	91,1	8,9
CODE DE LA REGION SANIATAIRE			
Centre	35	80,0	20,0
Centre Ouest	33	97,0	3,0
Centre Sud	24	95,8	4,2
Plateau Central	27	88,9	11,1
Boucle du Mouhoun	43	97,7	2,3
Cascades	17	100,0	,0
Hauts Bassins	38	68,4	31,6
Centre Nord	28	92,9	7,1
Centre Est	31	90,3	9,7
Est	29	89,7	10,3
Nord	38	100,0	,0
Sahel	18	94,4	5,6
Sud Ouest	22	100,0	,0
Total	383	91,1	8,9
MILIEU DE RESIDENCE DU PPS			
Urbain	96	82,3	17,7
Rural	287	94,1	5,9
Total	383	91,1	8,9
GESTION DU PPS			
Gouvernement/public	361	93,1	6,9
Privé lucratif	15	53,3	46,7
Privé non lucratif/confessionnel	5	60,0	40,0
ONG/Association	2	100,0	0,0
Total	383	91,1	8,9
DISTANCE AU POINT			

D'APPROVISONNEMENT			
0-4	60	83,3	16,7
5-9	31	83,9	16,1
10-14	22	90,9	9,1
15-19	24	87,5	12,5
20-24	18	88,9	11,1
25-29	34	97,1	2,9
30-35	39	92,3	7,7
35-39	2	100,0	0,0
40-45	39	94,9	5,1
45-49	4	75,0	25,0
≥50	110	95,5	4,5
Total	383	91,1	8,9

Annexe 4: Distribution des PPS dans lesquelles tous les deux principaux médicaments de santé maternelle (Sulfate de Magnésium et Ocytocine) ont toujours été en stocks au cours des 6 derniers mois précédent l'enquête

		Disponibilité du Sulfate de Magnésium et de l'ocytocine au cours des 6 derniers mois	
	Effectif	tous les deux médicaments ont toujours été en stock au cours des 6 derniers mois (%)	Au moins un des deux médicaments a été en rupture au cours des 6 derniers mois (%)
TYPE DE PPS			
Niveau primaire	330	80,0	20,0
Niveau secondaire	60	48,3	51,7
Niveau Tertiaire	11	63,6	36,4
Total	401	74,8	25,2
REGION ADMINISTRATIVE			
Centre	40	72,5	27,5
Centre Ouest	35	82,9	17,1
Centre Sud	24	62,5	37,5
Plateau Central	27	63,0	37,0
Boucle du Mouhoun	44	90,9	9,1
Cascades	18	94,4	5,6
Hauts Bassins	39	53,8	46,2
Centre Nord	28	71,4	28,6
Centre Est	32	75,0	25,0
Est	31	74,2	25,8
Nord	40	87,5	12,5
Sahel	20	60,0	40,0
Sud Ouest	23	78,3	21,7
Total	401	74,8	25,2
MILIEU DE RESIDENCE DU PPS			
Urbain	109	63,3	36,7
Rural	292	79,1	20,9
Total	401	74,8	25,2
GESTION DU PPS			
Gouvernement/public	376	75,8	24,2
Privé lucratif	15	53,3	46,7
Privé non lucratif/confessionnel	8	62,5	37,5
ONG/Association	2	100,0	,0
Total	401	74,8	25,2
DISTANCE AU POINT			

D'APPROVISONNEMENT			
0-4	71	59,2	40,8
5-9	33	69,7	30,3
10-14	22	63,6	36,4
15-19	25	68,0	32,0
20-24	19	89,5	10,5
25-29	34	88,2	11,8
30-35	40	77,5	22,5
35-39	2	100,0	,0
40-45	41	78,0	22,0
45-49	4	75,0	25,0
≥50	110	80,9	19,1
Total	401	74,8	25,2

Annexe 5 : Principales raisons des ruptures de stocks des médicaments vitaux de santé maternelles au cours des 6 derniers moins précédents l'enquête

Raisons de rupture au cours des 6 derniers mois	**Principales raisons des ruptures de stocks de médicaments de santé maternelle**											
	Ampiciline injectable	Benzathine peniciline injectable	Betamethasone	Gluconate de Calcium	Gentamycine injectable	Sulfate de magnésium / Diazepam	Méthyldopa comp 250 mg	Métronidazole injectable	Nifédipine comp 10 mg	Oxytocine injectable	Chlorure/lactate de sodium	VAT
Retard de livraison	0	1	0	2	0	1	1		2	2	1	
Difficultés administratives	0	0	0	0	0	1	2	1	1	5	0	2
Difficultés financières	6	6	0	0	1	4	2	0	0	3	5	1
Erreur de prévision	5	13	1	2	1	10	1	0	2	15	8	0
Pas de suivi de stocks	2	0	0	0	0	6	5	1	1	1	1	7
Rupture de stocks à la source	2	12	1	3	0	17	6	0	0	17	5	3
Capacité de stockage limitée	0	0	0	0	1	0	12	4	10	0	0	13
Problème de transport	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	7
Jamais eu le produit en stock/ne connait pas le produit	2	7	19	7	2	4	133	0	0	2	1	0
Non demandé/non prescrit	4	27	28	16	2	7	147	1	5	6	2	5
Autres	0	1	0	0	0	0	0	0	10	0	0	5
Total	21	67	49	30	7	50	311	7	31	52	23	43

Annexe 6: Liste du personnel enquêteurs de l'enquête 2012

Numéro d'ordre	Nom Prénom (s)	Profil	sexe
1	Yetta Carine	Pharmacienne	F
2	Dakouré Serge Alain	Pharmacien	M
3	Dianda Fréderic Pinguedbamba	Pharmacien	M
4	Hema Yacouba	Pharmacien	M
5	Kouama Laidy Thomas Posthum	Pharmacien	M
6	Kourané Paul	Pharmacien	M
7	Naganda Romuald	Pharmacien	M
8	Ouédraogo Boureima	Pharmacien	M
9	Zampaligré Ibrahim	Pharmacien	M
10	Zongo Marc	Pharmacien	M
11	Bakyono Gaël Ulrich Abraham	Médecin	M
12	Bara Zenabo	Médecin	F
13	Belem Ali	Médecin	M
14	Denné Didier	Médecin	M
15	Diallo Ousmane	Médecin	M
16	Gnimien Seye Henri	Médecin	M
17	KIENDREBEOGO Samuel	Médecin	M
18	Kientéga S. Judith A.	Médecin	F
19	Ouattara San Maurice	Médecin	M
20	Ouédraogo Windpouyré Abdoulaye	Médecin	M
21	Rouamba Guy Bertrand	Médecin	M
22	Sana Moussa	Médecin	M
23	Somé Y. Wilfried	Médecin	M
24	Soulama Alamissa	Médecin	M
25	Tanou Aya Pélagie	Médecin	F
26	Tapsoba P. Charlemagne Vivien	Médecin	M
27	Traoré Aïcha	Médecin	F
28	Traoré Alassane	Médecin	M
29	Zagré Thierry A.P.	Médecin	M
30	Zoubga K. Y. Alexandre	Médecin	M
31	Kiédéga Pegdwendé Victorine	Sage Femme	F
32	SESSOUMA Boubacar	Infirmier (IDE)	M
33	Soré Ali	Infirmier (IDE)	M
34	Soulama Brahima	Infirmier (IDE)	M